

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N° 353

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 mai 1899, à 1 heure

Par J. TURQUET

Licencié ès-Sciences
Ex-interne des Hôpitaux

« Ut in arboribus terra, sic in animalibus
alvus succum alibilem suppeditat. »

(Hippocrate).

« Dum viget stomachus, omnia vigent. »
(Baglivi).

DYSPEPSIE ET NEURASTHÉNIE

OU DE LA

NEURASTHÉNIE DYSPEPTIQUE

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges : { MM. MATHIAS-DU VAL, professeur.
RETTERER et THIROLOIX, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

353

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 mai 1899, à 1 heure

Par J. TURQUET

Licencié ès-Sciences
Ex-interne des Hôpitaux

« Ut in arboribus terra, sic in animalibus
alvus succum alibilem suppeditat. »

(Hippocrate).

« Dum viget stomachus, omnia vigent. »
(Baglivi).

DYSPEPSIE ET NEURASTHÉNIE

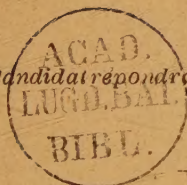
OU DE LA

NEURASTHÉNIE DYSPEPTIQUE

Président : M. RAYMOND, professeur.

Juges : { MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.
RETTERER et THIROLOIX, agrégés

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE 15,

—
1899

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	NM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophthalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE D^r RAYMOND

Professeur de clinique des maladies du système nerveux

à la Faculté de médecine.

Officier de la Légion d'honneur

DYSPEPSIE ET NEURASTHÉNIE

OU DE LA

NEURASTHÉNIE DYSPEPTIQUE

INTRODUCTION

Dyspepsie et neurasthénie ! Ces deux syndrômes semblent avoir servi de thème dans l'histoire de la médecine à la plupart des discussions doctrinales. Chacun sait que, dans la vie courante, les troubles de la digestion sont les premiers qui obsèdent le malade, les premiers pour lesquels il invoque le secours de la thérapeutique. Quant à la neurasthénie, qui n'est qu'une des modalités de la dégénérescence névropathique, du nervosisme, ses symptômes sont également d'observation vulgaire.

Si, à toutes les époques, les phénomènes intimes de la digestion ont mis en jeu la sagacité des pathologistes, à plus forte raison la dyspepsie qui en représente les manifestations morbides a-t-elle donné lieu aux interprétations les plus diverses. Les théories qu'elle a suscitées se

sont modifiées avec les idées régnantes propres à chaque époque et l'on peut même dire que jusqu'à notre siècle la science des fonctions de l'appareil digestif ne reposait que sur un ensemble d'hypothèses.

Et certes, en présence de tant de documents et de polémiques, il semble que l'on soit autorisé, parodiant une phrase célèbre, à répéter à propos de la dyspepsie : « Tout a été dit, et l'on vient trop tard, depuis plus de deux mille ans qu'il y a des médecins et qui observent. »

Quelle est la raison de tant de discussions ? Il semble qu'il soit facile de l'indiquer. A la fonction de digestion est liée étroitement la nutrition des divers organes, c'est-à-dire l'accomplissement normal des phénomènes physiologiques qu'elle comporte. Ainsi l'appareil digestif prépare l'aliment indispensable au fonctionnement des autres appareils. Qu'on le supprime en totalité ou même partiellement et la nutrition générale s'altère aussitôt, les réactions de l'organisme dans ses échanges avec le milieu extérieur s'arrêtent faute de combustible.

Si l'on considère les autres fonctions de l'économie, il est facile de voir que leur rôle dans les phénomènes vitaux est plus effacé et surtout qu'elles échappent presque toujours à notre volonté et à nos caprices.

Aussi bien, puisque c'est par l'alimentation et la digestion que l'individu commande, en quelque sorte, à ses fonctions vitales, il est évident que cette dernière fonction est celle qui doit solliciter le plus notre attention ; à tout instant, elle provoque, par le moindre malaise, le réveil de la conscience. La faim, la soif, l'appétit, l'ano-

rexie et bien d'autres signes évoquent constamment les besoins des voies digestives et l'individu le moins scrupuleux règle son alimentation d'après ces sensations. Même dans beaucoup d'affections indépendantes de l'appareil digestif, l'on a coutume de tenir grand compte des symptômes gastro-intestinaux. Si les sensations éprouvées à chaque instant révèlent l'état des voies digestives il arrive parfois que ces sensations sont perverties et par suite susceptible de fournir de fausses indications. C'est ainsi que l'on peut être amené à imposer, par une médication intempestive, un surcroît de surmenage aux organes digestifs, à provoquer une viciation de leurs fonctions, une nutrition anormale et toutes les conséquences qu'elle entraîne.

Au rôle si essentiel de la digestion et des fonctions qui en dérivent : absorption, assimilation et répond le complexe symptomatique des troubles de la dysepsie. L'on peut appliquer à ce syndrome le jugement émis sur l'hystérie : « c'est une pathologie en raccourci ».

Et, de fait, l'on sait quelle place considérable les troubles de la digestion occupent dans les perturbations de la santé. L'on sait que dans la conversation courante, dans les relations amicales entre individus, l'état de la digestion revient sans cesse en question. Et c'est, en quelque sorte instinctivement qu'au moindre malaise ressenti, à la moindre pesanteur épigastrique, au plus léger dégoût éprouvé pour un aliment l'on cherche à porter remède à la fonction. Presque toujours, quelle que soit la maladie, la réponse des malades se rapporte aux troubles digestifs ; ils « souffrent de l'estomac » ont « perdu l'appétit » et indi-

quent tout d'abord la région épigastrique comme le siège de leurs souffrances.

Ainsi, il y a comme une sorte d'instinct qui porte le patient même le plus arriéré à dénoncer l'estomac, c'est-à-dire la digestion. Au milieu des symptômes les plus divers, le malaise digestif est le premier dont s'occupe celui qui l'éprouve, le premier qu'il révèle au médecin, le premier qui appelle le secours de la thérapeutique et par cela même le premier dont la pathogénie a dû s'imposer aux investigations des pathologistes.

On reproche volontiers aux auteurs qui bornent leurs observations à la pathologie d'un organe ou d'un appareil, une tendance à vouloir admettre, chez presque tous les individus soumis à leur examen, quelque une des affections ayant fait l'objet de leurs recherches de prédilection. Trop souvent, dit-on, ils sont portés à rechercher, chez les malades, telle affection dont ils ont étudié avec un soin particulier toutes les modalités. Certes, si ce reproche mérite un correctif c'est bien certainement à propos des maladies de l'estomac. Loin d'avoir été exagérée, la fréquence de la dyspepsie a été trop souvent méconnue au grand détriment des malades. Les descriptions en général en sont si artificielles, si complexes, parfois même si contradictoires dans leurs conclusions qu'elles rebutent l'attention du lecteur le mieux disposé.

Il semble que la dyspepsie doive se manifester comme la plupart des maladies aiguës, comme la pneumonie par exemple, par des signes faciles à reconnaître au premier abord. Or, il n'en n'est rien ; la dyspepsie, dans les deux sexes, est comme l'hystérie, chez la femme, une affec-

tion de tous les jours ; elle frappe également tous les individus, les enfants comme les adultes, comme les vieillards.

Qui donc peut se flatter de n'avoir pas éprouvé, ne fût-ce que quelques instants, les malaises de la dyspepsie, à la suite d'un repas trop copieux, de libations excessives, d'infractions à l'hygiène de l'alimentation ? Qu'est-ce donc que l'indigestion sinon une dyspepsie passagère ? Ce n'en est pas moins une dyspepsie par surmenage de l'estomac et s'il y a persistance du surmenage, l'on observera le retour du trouble fonctionnel. Au trouble passager succédera le trouble permanent lequel peut s'améliorer, ou au contraire s'aggraver en provoquant des lésions.

Ainsi, aucune affection n'est plus fréquente que la dyspepsie, puisqu'elle s'attaque à l'enfant au berceau et qu'elle peut, de même, être l'occasion d'une terminaison rapide en provoquant l'apparition des accidents les plus graves.

Du reste, qui donc peut nier l'extrême fréquence de la dyspepsie ? Certes, ce n'est pas le malade qui toujours, à propos des affections les plus diverses, affirme et répète volontiers au clinicien qu'il souffre de l'estomac, qu'il a « mal au cœur », qu'il a mal digéré. Si, dans l'ensemble des troubles morbides, la viciation des actes digestifs est méconnue, si elle n'est pas prise en considération avec la valeur qu'elle comporte, seul celui qui recueille les confidences du malades et les interprète, doit être incriminé. Trop souvent l'on néglige une foule de petits signes des troubles digestifs parce que l'on est trop pressé de

retrouver la maladie organique avec son cortège de symptômes bien définis et ses lésions propres.

Même dans les cas où il n'existe que des troubles fonctionnels, n'est-il pas de notion courante, qu'ils sont la première étape, la première phase de la lésion organique, de l'affection bien caractérisée.

S'il s'agit d'une dyspepsie à évolution latente, il sera encore plus difficile d'éviter l'erreur. Alors les désordres de l'élaboration des aliments restent ignorés du malade ; les manifestations propres font défaut et il ne reste comme signes révélateurs de la dyspepsie que des accidents éloignés, éruptions diverses, accidents nerveux, troubles des organes des sens, etc.

Que penser maintenant des accidents nerveux, du « nervosisme », si souvent associé à la dyspepsie ? On sait qu'Hippocrate, Galien ont déjà signalé les rapports des deux syndrômes et le dernier de ces auteurs a même tenté d'expliquer leurs liens pathogéniques à l'aide d'une hypothèse originale. Dans la suite, pendant plus de dix-huit siècles, c'est tantôt la névropathie, tantôt la dyspepsie qui dans le groupement des deux affections a été regardée comme la maladie causale.

Ainsi pendant une longue période de l'histoire aucun progrès n'a été accompli dans la pathologie de l'appareil digestif et surtout de ses relations avec le système nerveux. Mais que sont les accidents nerveux des dyspeptiques ? Des troubles hystériformes, neurasthéniques, hypochondriaques ou vésaniques, en un mot, troubles dynamiques des centres nerveux et des nerfs. Mais il sont loin d'avoir la même fréquence. Il est certain que le tableau

de la neurasthénie, dans sa forme typique, ou dans ses formes frustes est de beaucoup le plus souvent réalisé ; c'est pourquoi, au cours de ce travail nous insistons particulièrement sur les relations du syndrome de Beard avec les vices de la digestion. Malgré les progrès si sérieux réalisés dans ces cinquante dernières années, dans la physiologie des actes digestifs, beaucoup d'auteurs font encore la part trop large au nervosisme, lequel serait pour eux, dans la plupart des cas, comme le *primum movens* des désordres gastro-intestinaux.

Par contre la doctrine de l'altération primitive des éléments glandulaires de l'estomac et des troubles du chimisme, tend à gagner du terrain. De plus en plus, en présence d'un syndrome mixte, digestif et névropathique, l'on tend à demander à l'exploration de l'estomac, la solution du problème. Le repas d'épreuve, l'analyse du suc gastrique sont des procédés d'appréciation de plus en plus utilisés, puisque presque toujours ils permettent de s'assurer de l'état de la digestion dans l'estomac. Les résultats du cathétérisme de la cavité gastrique ont permis à quelques auteurs de soutenir avec énergie l'opinion que les troubles névropathiques sont, bien plus souvent qu'on ne pense, greffés sur un état gastrique, parfois latent ou peu accentué, mais qui prend fréquemment son début pathologique aux premières années de la vie.

Ceux qui font de la neurasthémie, le syndrome fondamental, négligent trop souvent les données de l'examen de l'estomac, ce qui enlève de la valeur à leurs arguments.

Pour subordonner la dyspepsie à la névropathie ou inversement, il est absolument nécessaire de posséder tou-

tes les données du problème ; c'est-à-dire que s'impose l'obligation de scruter l'estomac, d'apprécier sa digestion, ses fonctions chimiques en même temps qu'il est indispensable de connaître la valeur des accidents nerveux.

CHAPITRE I

De la Dyspepsie.

I

HISTORIQUE.

La dyspepsie est un syndrome dont l'interprétation a soulevé, à toutes les époques, de nombreuses controverses.

Jean de Gorris au xvi^e siècle, paraît être le premier qui se soit servi du terme dyspepsie.

En réalité, la dyspepsie a de tout temps sollicité l'attention des auteurs.

Les anciens, Hippocrate, Celse, Arétée, assimilaient la digestion à une coction et Galien avait créé les deux termes de bradypepsie, digestion prolongée et d'aepsie.

Les conceptions d'Hippocrate et de Galien sur le mécanisme de la digestion se sont transmises jusqu'à la fin du xviii^e siècle.

C'est alors que Hoffmann, Boerhaave, Morgagni commencent à envisager la gastrite et ses lésions. Mais c'est principalement au nosologiste de Sauvage et à Cullen (1783) que l'on doit la division des gastropathies en gas-

trites et en dyspepsies. La dyspepsie est élevée par ce dernier auteur, au rang d'une entité clinique; il la rattache à l'atonie musculaire et admet deux formes : une forme idiopathique et une forme symptomatique. Il signale la dyspepsie chronique.

Avec Broussais (1804) commence en quelque sorte pour la pathologie de l'estomac une ère nouvelle. Mais, dans sa tentative de réaction contre la doctrine anatomopathologique, il a trop sacrifié à l'inflammation; aussi bien, ses déductions thérapeutiques n'ont eu qu'un succès passager. Il a eu néanmoins le mérite de montrer qu'un même processus inflammatoire frappe tout le tractus gastro-intestinal. D'ailleurs, n'assiste-t-on pas aujourd'hui à une sorte de réhabilitation de la doctrine de Broussais, grâce aux recherches histologiques et bactériologiques et la dyspepsie n'est-elle pas regardée comme une simple manifestation d'altérations chroniques de la muqueuse gastrique. Le fait est à noter bien que l'accord sur cette question soit loin d'être complet.

Avec Chomel, Barras, Andral, Beau, l'on revient à la conception de la dyspepsie, c'est-à-dire du trouble fonctionnel sans lésions. La mauvaise qualité des aliments ou la viciation des produits de la sécrétion glandulaire par insuffisance, excès ou disproportion, enfin la diminution ou l'exagération de la sensibilité des nerfs de l'estomac, telles sont les causes ordinaires des manifestations dyspeptiques et des accidents névropathiques qui peuvent leur être associés.

D'après Beau, il y a dyspepsie, quand on constate « troubles, faiblesse ou absence de l'acte digestif, quels

qu'en soient les symptômes et les causes ». L'auteur tient à ce qu'on ne se sépare pas, dans l'idée de dyspepsie, « la diminution, l'absence ou l'altération des produits alimentaires absorbables, de la faiblesse, de l'absence ou du trouble de l'activité digestive ». Il recherche et étudie les conséquences proches et éloignées de la dyspepsie pour l'organisme humain. Comme à l'état de santé, l'estomac prépare et modifie les matériaux qui doivent réparer le sang, lequel doit, à son tour, servir à toutes les grandes fonctions de nutrition, de sécrétion et il s'ensuit, dit-il, que lorsqu'il y a dyspepsie, il doit y avoir, outre les symptômes directs, des symptômes plus ou moins éloignés, dépendant non seulement des altérations consécutives du sang, mais encore d'une foule d'autres lésions, soit fonctionnelles, soit organiques.

Dans cette manière d'envisager la dyspepsie, les causes sont très nombreuses, les unes provenant de la mauvaise qualité des ingesta, les autres d'un vice fonctionnel de l'estomac affaibli ou lésé d'une manière idiopathique, sympathique ou symptomatique ; de même les symptômes sont en nombre considérable. Aussi voyons-nous Beau admettre, après Chomel, outre les symptômes directs, des symptômes généraux ou sympathiques, céphalalgie, somnolence, insomnie, palpitations, dyspnée. On reconnaît là la plupart des accidents nerveux si fréquents au cours de la dyspnée. C'est la série névropathique.

Le trouble dans les opérations digestives, entraîne d'autres accidents et des plus graves ; c'est l'anémie et toutes ses conséquences sur la nutrition générale, constituant la série hémopathique, anémie globulaire, anémie

albumineuse, fibrineuse et leurs résultats, tuberculose, cancer, etc. Le grand mérite de Beau est d'avoir appelé l'attention sur les troubles de nutrition générale et leurs conséquences proches ou éloignées, lesquelles peuvent résulter d'une viciation dans l'élaboration, à travers l'appareil digestif, des principes nutritifs. Ainsi, nous savons déjà que divers états morbides, rachitisme, scrofule, et d'une façon générale, les maladies par ralentissement de la nutrition peuvent dépendre d'une déviation dans l'accomplissement des actes digestifs.

Si, par suite d'une connaissance insuffisante des fonctions des organes de la digestion, la conception de la dyspepsie n'est guère sortie du domaine des hypothèses, il semble que l'ère des hypothèses et des discussions va prendre fin. Et pour s'en convaincre, il suffit de se remémorer les découvertes de la deuxième moitié de ce siècle. La glycogénie hépatique et musculaire, la fonction uréopoiétique du foie, la fonction antitoxique, notions de date toute récente, étaient de nature à modifier nos connaissances sur la physiologie pathologique de l'appareil digestif.

Du côté de l'intestin, le vaste problème des auto-intoxications gastro-intestinales était encore totalement ignoré, il y a vingt ans, avant que les travaux de Stich, de Schiff, de Bouchard, de Roger et de beaucoup d'autres auteurs, ne vinssent nous révéler que par sa digestion, l'homme, en même temps qu'il s'alimente, attende chaque jour à son existence. Du côté du pancréas, les observations de Lancereaux, de Von Mering, de Minkowski, de Hédon, de Lépine, de Chauveau et Kaufmann, de Thiroloix, nous

apprennent que cette glande joue un rôle très important dans la glycogénie.

Mêmes progrès dans la physiologie et la technique de l'examen de cet organe. L'idée d'extraire le contenu stomacal par la sonde à la suite d'un repas d'épreuve, permet de soumettre à une analyse minutieuse les produits de la sécrétion et de la digestion stomacales et de savoir ainsi ce qui se passe dans la cavité gastrique des dyspeptiques.

Ainsi, il est inutile, croyons-nous, d'insister davantage pour montrer combien a été féconde en découvertes sur la physiologie des actes digestifs, cette deuxième moitié de notre siècle. Après tant de conquêtes scientifiques venant apporter la lumière sur le problème le plus complexe de la vie de l'individu, c'est-à-dire l'élaboration des aliments et les phénomènes de la nutrition générale, il semble que rien ne sera plus aisé, dès lors, que de déterminer les troubles de ces fonctions. Il n'en est rien, ou plutôt les auteurs semblent avoir trop négligé le trouble fonctionnel qui prépare la lésion pour envisager de préférence la maladie, une fois constituée, avec son substratum anatomopathologique.

Rappelons sommairement les recherches entreprises dans l'ordre pathologique en ce qui regarde la dyspepsie. En Allemagne Leube (1876), à la suite de nombreuses observations d'individus dyspeptiques, où l'exploration de l'estomac ne lui a révélé aucune lésion, aucune irrégularité dans la marche de la digestion, crée un nouveau type de dyspepsie, la *dyspepsie nerveuse*, laquelle s'oppose à la dyspepsie avec troubles du chimisme-stomacal et au catarrhe gastrique.

Mais on ne tarde pas à signaler, même dans les cas de dyspepsie dite nerveuse, des troubles sécrétoires, tels que l'hyperchlorhydrie.

Ewald, Boas, Rossbach en rapportent des cas, grâce à l'emploi d'un procédé plus exact d'exploration gastrique. De telles données étaient de nature à apporter une certaine confusion dans les conceptions des auteurs, au sujet des gastropathies.

En France, le désaccord n'est pas moindre. Les uns, comme G. Sée et ses élèves adoptent les idées allemandes et font la part très large à la dyspepsie avec altération du chimisme, d'autres, avec Charcot, subordonnent les données de l'exploration gastrique aux accidents névropathiques et voient dans la neurasthémie, la cause des phénomènes dyspetiques dans presque tous les cas. Au contraire, certains comme MM. Bouchard, Hayem, attribuent aux lésions de l'estomac, la plupart des troubles de la digestion et le nervosisme qui leur est souvent associé.

Afin d'apporter plus de lumière dans l'exposé des diverses opinions en conflit, nous distinguerons parmi les pathologistes deux groupes : l'un, n'envisageant les désordres digestifs que comme des troubles fonctionnels d'ordre névropathique, tandis que l'autre fait de la dyspepsie la cause première de tous les phénomènes nerveux.

Dans le premier groupe, la conception de Charcot mérite une mention toute spéciale. Cet auteur se rallie aux idées de Leube ; il évoque, dans ses leçons cliniques, cette « fameuse dyspepsie » qui n'est pour lui,

qu'un symptôme, qu'une manifestation de l'état neurasthénique. Toutefois, si doctrine est plus absolue que celle de l'auteur allemand, puisqu'il ne s'attarde même pas à faire, comme ce dernier, la part de la dyspepsie d'ordre chimique et du catarrhe gastrique.

M. Debove, dans son *Traité des maladies de l'estomac* déclare accepter l'opinion de Lasèque. « Souffrir et se plaindre, tels sont les deux conditions sans lesquelles on ne peut être dyspeptique. La douleur vive ou légère est, en effet, croyons-nous, le premier phénomène sur lequel l'attention doit se fixer. En outre, pour qu'il puisse être question de dyspepsie, il faut qu'il n'y ait pas de lésions anatoniques de l'estomac. Seuls les troubles fonctionnels appartiennent à ce groupe. La terminaison de la dyspepsie pourra être, comme nous allons le voir, une affection organique ou le retour *ad integrum*; ses formes pourront être multiples, mais nous ne croyons pas possible, dans la grande majorité des cas, d'en faire autre chose que le symptôme d'un état pathologique dont le siège primitif est en dehors de l'estomac... Nous considérons donc la dyspepsie comme un syndrome constitué surtout par l'élément douleur qui coexiste tantôt avec les modifications les plus diverses de ses fonctions motrices ou chimiques : la dyspepsie placée sous la dépendance d'une altération primitive ou secondaire du système nerveux est caractérisée par l'absence de lésions gastriques quoiqu'elle puisse à la longue, amener une altération organique de l'estomac ». Il est aisé de voir que l'opinion que nous venons d'exposer se rapproche sensiblement de celle de Charcot.

Quant aux phénomènes douloureux, M. Hayem a montré qu'ils peuvent manquer et la dyspepsie évolue à l'état latent pendant une période parfois très longue. Nous ne pouvons insister sur les publications de Bouveret, de Ballet, de Mathieu, de Gilles de la Tourette et en général de la plupart des neurologistes ; ces auteurs, au sujet des rapports de la dyspepsie avec la névropathie se sont ralliés aux conceptions de Charcot.

Toujours en mettant au premier plan, la genèse de la dyspepsie et les questions secondaires qui s'y rapportent c'est-à-dire ses limites et ses rapports avec d'autres affections de l'appareil digestif, nous rapprochons, dans un deuxième groupement, des théories présentant quelque analogie dans leur ensemble. Elles ne se distinguent que par quelques différences de détail. L'idée fondamentale qui domine ces conceptions, c'est que la dyspepsie est un trouble permanent et plus ou moins prolongé des réactions fermentatives subies par l'aliment dans l'estomac ; l'élaboration du chyme stomacal est d'ailleurs ordinairement liée à une altération de la muqueuse. Bien plus, outre l'estomac, souvent l'intestin et le foie, plus rarement le pancréas, ont souvent une part dans les symptômes dus à la mauvaise élaboration des aliments.

Avant d'aller plus loin et d'entrer dans le détail des opinions, il y a lieu d'insister sur une remarque qui s'applique au groupe des auteurs qui fera l'objet de cette discussion. Ceux-ci dans leurs conceptions de la dyspepsie, se placent, pour ainsi dire à un point de vue diamétralement opposé du groupe précédent. La dyspepsie, pour eux, est avant tout, un syndrome lié à une viciation

glandulaire, qualitative ou quantitative ; la motricité, l'innervation, quoique participant au processus morbide, ne sont que des moyens auxiliaires de la digestion. Toutefois, l'accord est loin d'être unanime quand il s'agit d'expliquer les relations pathogéniques existant entre les deux ordres de symptômes.

Examinons tout d'abord l'œuvre de G. Sée et particulièrement ses conceptions sur la dyspepsie. « Il n'y a pas, dit-il, que la digestion gastrique, il faut admettre une digestion intestinale, pancréatique, biliaire, par conséquent, autant de dyspepsies. On a manqué de clarté, en comprenant sous le nom de dyspepsies tous les troubles fonctionnels de l'estomac, gastralgies, tympanites, vomissements, quelles que fussent leur cause, leur origine. »

« Enfin on a consacré une hérésie pathologique en confondant la dyspepsie avec la gastrite simple ou catarrhale... On a oublié que les digestions sont, avant tout, des opérations chimiques et qu'il ne saurait par conséquent y avoir que des dyspepsies de même ordre quel que soit l'organe ou le suc digestif en défaut ».

« Les autres propriétés des organes digestifs, à savoir motricité, innervation, ne sont que des moyens auxiliaires de la digestion et quand même elles subiraient la plus grave atteinte, il ne saurait en résulter une véritable dyspepsie. De même les troubles dans le pouvoir d'absorption ne sont pas du domaine de la dyspepsie ».

« Les organes digestifs ne valent que par leur sécrétion. Il existe donc entre les divers membres de la corporation digestive une véritable solidarité qui, loin de se démentir, dans les graves circonstances, assure au con-

traire alors plus que jamais, l'intégrité de la grande fonction de nutrition. Chacun d'eux peut subir ainsi de graves avaries, sans que la vie soit compromise; les altérations, du suc gastrique sont mieux connues, mais on ne saurait nier l'influence désastreuse des lésions du foie ou du pancréas ou de l'intestin, sur la fonction de leurs sécrétions respectives... «... Ainsi, dans tous les cas pour constituer une dyspepsie gastrique ou intestinale, le trouble chimique est la condition *sine qua non*; c'est la lésion primordiale, inéluctable qui peut grouper autour d'elle et la douleur et la tympanite et même les vomissements: ce sont là des phénomènes accidentels, épisodiques de la dyspepsie; elle peut encore provoquer des troubles nerveux, vertiges, tristesse, palpitations, dénutrition; ce sont là des effets secondaires, des suites de la mauvaise digestion; ils ne sont pas inhérents à la dyspepsie. »

« La dyspepsie peut se passer de lésions anatomiques et lorsqu'elles existent, elles n'agissent qu'en compromettant l'intégrité de la sécrétion avec la constitution du suc gastrique... » Cet extrait suffit, croyons-nous, à donner une idée complète de la dyspepsie, telle que la concevait G. Sée. Un point particulier mérite surtout notre attention. L'auteur s'écarte notablement de ses devanciers par ce fait qu'il admet, dans le syndrome de la dyspepsie, l'intervention simultanée du foie, de l'intestin et du pancréas. C'était là, il faut le reconnaître, un progrès sérieux et sur lequel nous ne saurions trop insister. La dyspepsie n'est pas la maladie d'un seul organe, de l'estomac, c'est une affection de l'appareil digestif,

c'est-à-dire du tube gastro-intestinal et de ses glandes annexes. Mais si l'auteur a montré beaucoup de clairvoyance sur ce point spécial nous n'en avons pas moins de sérieux reproches à exprimer sur d'autres points de sa doctrine. Ainsi, la distinction admise entre la dyspepsie par désordres gastriques, pancréatiques, intestinaux ou biliaires, nous semble quelque peu théorique et non conforme avec ce qui résulte de l'observation des individus. Les désordres digestifs, ne sont pas, en général, localisés à tel ou tel organe, mais bien communs à plusieurs, si bien que dans tel cas donné, il est bien difficile de dire si l'on est en présence d'une dyspepsie à prédominance gastrique, intestinale ou biliaire par exemple.

Ce qui, dans la doctrine de G. Sée, nous paraît mériter la critique la plus sévère, c'est sa tendance à exclure du complexe dyspeptique, les troubles de la motilité et de l'innervation de même que ceux de l'absorption. Il est bien certain que la fonction glandulaire, la fonction motrice, aussi bien que les fonctions d'innervation et d'absorption sont connexes et ne sauraient être envisagées isolément dans la constitution du tableau de la dyspepsie.

En excluant du domaine de la dyspepsie, les troubles d'ordre mécanique, l'auteur n'y laisse figurer que les altérations du processus chimique, sécrétion glandulaire et fermentation: « On a oublié, dit-il, que les digestions sont avant tout des opérations chimiques ».

Ainsi, comme nous venons de le voir, G. Sée a eu le grand mérite d'élargir le cadre de la dyspepsie. L'un des premiers, sinon le premier, il regarde le syndrome en

question comme la maladie non d'un organe, mais d'un groupement d'organes, d'un appareil organique tout entier, de l'appareil digestif. Est-il nécessaire de faire remarquer du reste, que le tube gastro-intestinal et ses glandes annexes, foie et pancréas, forment un ensemble dont les fonctions quoique distinctes concourent au même but, l'élaboration des principes nutritifs qui, versés dans le courant circulatoire, vont servir à la réparation des tissus.

Devons-nous ajouter encore que cette largeur de conception doit être rapprochée de celle des anciens, qui ne connaissant du foie que sa fonction biliaire, n'en avaient pas moins tenté d'attribuer à celle-ci une importance facile à comprendre aujourd'hui que l'on connaît mieux les fonctions multiples de la cellule hépatique.

Sans doute, M. Bouchard, reconnaît comme l'auteur précédent, que les signes de la dyspepsie révèlent un trouble du chimisme stomacal ; mais l'altération du suc gastrique est, pour lui, d'ordre secondaire et n'a pas la valeur qu'on lui accorde généralement. Elle dépend d'un état primitif de la paroi stomacale, souvent difficile à reconnaître parce qu'il peut exister en l'absence de toute manifestation morbide apparente ; c'est la dilatation de l'estomac. L'auteur la rattache à une prédisposition héréditaire ou acquise. Tout le complexe de la dyspepsie n'est que la conséquence de l'ectasie gastrique. Celle-ci favorise les fermentations anormales, c'est-à-dire l'élaboration des toxines qui vont impressionner la plupart des organes et tout particulièrement les centres nerveux. De là des accidents nerveux variables, hystériformes, neurasthé-

niques, hypocondriaques ou vésaniques, suivant l'aptitude spéciale du sujet à contracter, telle ou telle de ces névroses.

Quant aux complications à distance relevant, comme les accidents nerveux d'une production exagérée de toxines, elles sont nombreuses. Telles sont des altérations du rein, congestions et néphrites, des poussées inflammatoires du côté des voies respiratoires, bronchites, emphyseme, etc.; du côté du foie, phénomènes congestifs. Dans l'appareil cutané, M. Bouchard signale des éruptions diverses. Bien plus, cette intoxication en quelque sorte à jet continu, dont la source est dans l'estomac et dans l'intestin, affaiblit la résistance de l'organisme, par altération des échanges nutritifs et prédispose par là-même l'individu aux atteintes des microorganismes pathogènes, causes des infections générales, tuberculose, fièvre typhoïde, etc.

La doctrine de M. Bouchard, très séduisante au premier abord, n'y a pas moins été vivement combattue.

Regarder l'atonie stomacale comme la cause à peu près univoque de la dilatation de l'estomac, c'est là une conception en désaccord avec les faits. Les cas d'ectasie gastrique par atonie stomacale, héréditaire ou acquise, par diminution native de la résistance de la paroi stomacale sont rares; et c'est là un fait d'observation à propos duquel l'accord règne généralement entre les auteurs. Par contre, les obstacles à l'évacuation stomacale siégeant au niveau du pylore et dûs à des causes variables, retrécissement cicatriciel, néoplasique, spasme, ou compression externe, sont au contraire des plus fréquents. Un autre argument de quelque importance résulte des

expériences entreprises sur les fermentations stomacales dans le cas d'hypoacidité et d'hyperchlorhydrie. Ces expériences ont montré que la dilatation de l'estomac coïncide parfois avec l'hyperchlorhydrie, ce qui semble-t-il doit être défavorable à la pullulation des germes. D'autre part, d'après Bouveret et Devie, l'hypéracidité semble plus favorable à la pullulation des germes et à la production de leurs toxines que l'hypoacidité.

Ainsi, la doctrine de M. Bouchard, pêche tout d'abord par sa base; la dilatation de l'estomac, si elle est fréquente, relève souvent de toute autre cause que de l'atonie. Quant aux procédés indiqués par l'auteur pour reconnaître l'affection stomacale, on a remarqué qu'ils peuvent exposer parfois à l'erreur.

D'après ses dernières recherches exposées au Congrès de Lyon en 1894, M. Hayem est d'avis que l'on a décrit sous le nom de dyspepsie des affections diverses, des faits disparates. Résumant ses études à la fois cliniques et anatomopathologiques, il écrit : « A un type chimique fixe et bien caractérisé, correspond un type structural particulier, ou, en d'autres termes, à chaque modalité de fonctionnement correspond une certaine variété anatomique d'estomac ».

« En suivant la méthode que je préconise, l'examen du sucre gastrique devient le moyen de faire le diagnostic de la lésion stomacale. Il n'est plus permis aujourd'hui de comprendre sous le nom de « dyspepsies » des affections diverses, anatomiquement caractérisées et différenciées, nous devons faire le diagnostic des diverses variétés de gastrites. Ce diagnostic est pour ainsi dire inscrit, pour

chaque cas donné, sur le graphique de l'évolution chimique de la digestion ».

Si nous saisissons bien la pensée de l'auteur le mot dyspepsie n'est plus, à l'heure actuelle, qu'un vocable qui a servi à cacher jusqu'ici notre ignorance ; les phénomènes dyspeptiques relèvent toujours d'un processus anatomo-pathologique. C'est en somme, le retour à la doctrine de Broussais, mise en harmonie avec les nouvelles données de l'histologie pathologique.

D'après M. Hayem, « le chimisme stomacal exécuté à l'aide des nouveaux procédés, a fait faire un pas décisif à la séméiologie des gastropathies. La question est entrée dans la seconde phase de son évolution scientifique ou phase anatomopathologique le jour où l'on s'est préoccupé de l'étude des lésions pouvant correspondre aux phénomènes objectifs révélés par l'étude de la fonction chimique de l'estomac ».

A M. Fr. Glénard, revient le mérite d'avoir imaginé pour expliquer certains cas de dyspepsie, une théorie fort ingénieuse, dite théorie des ptoses viscérales. Lorsque les parois abdominales sont affaiblies, comme par exemple à la suite de grossesses répétées, l'intestin tombe vers les parties déclives. Dans sa chute, il tire sur le mésentère et ses mésos. L'estomac, le foie, le rein, participent à la ptose intestinale. Cette ptose de la plupart des organes de l'abdomen, entraîne une sorte de constriction aux points d'attache des ligaments de l'estomac et de l'intestin et notamment au niveau du pylore ; de là des troubles apportés à la digestion et à la circulation des

produits alimentaires dans l'estomac et l'intestin, c'est-à-dire des phénomènes de dyspepsie.

M. Glénard, fait intervenir également un état particulier du foie, « un trouble fonctionnel encore inconnu, survenant à la suite de l'alcoolisme, ou encore un état morbide persistant reconnaissant pour cause le surmenage.

La conception de l'auteur ne saurait être admise avec ses conséquences. Les cas d'entéroptose sont rares comparés au nombre des individus qui souffrent de dyspepsie. Si, à la rigueur, la ptose viscérale intervient dans le complexe symptomatique de la dyspepsie, son rôle se borne à celui d'une cause auxiliaire.

II

DE LA CONCEPTION ACTUELLE DE LA DYSPEPSIE

Les doctrines que nous venons de passer en revue sont loin d'apporter le dernier mot sur la question de la dyspepsie. Et le désaccord entre les auteurs est une preuve de l'insuffisance des documents. En général, la genèse des troubles digestifs et de leurs complications se rattache aux causes les plus variées et il semble que l'on ait parfois méconnu la complexité du problème, en invoquant pour expliquer les désordres digestifs un trop petit nombre de facteurs. Qu'on ne l'oublie pas, à mesure que la science s'enrichit de nouvelles découvertes, les moindres accidents apparaissent comme dûs à des conditions plus

nombreuses. C'est ainsi que la bactériologie est venue tout récemment montrer le rôle important des microorganismes, ce que l'on ignorait complètement, il y a à peine cinquante ans.

Dans l'interprétation de la dyspepsie, on ne saurait trop éliminer les doctrines préconçues et s'en tenir uniquement aux résultats acquis dans la physiologie normale et pathologique des organes digestifs. Peut-être les auteurs modernes ont-ils trop sacrifié à l'autoritarisme des anciennes théories, ce qui a créé en eux comme une sorte de prévention contre l'enseignement des faits. La science ne repose pas seulement sur l'adoption d'opinions consacrées par une longue tradition et auxquels on aura rendu quelque cachet d'originalité, mais bien sur l'expérience, sur l'observation des phénomènes et leur interprétation. Or, l'on doit reconnaître que les conceptions actuelles sur la dyspepsie ne traduisent encore que de vaines discussions théoriques. S'il est vrai qu'elles empruntent quelque marque de vérité scientifique à leur adaptation aux découvertes les plus récentes, l'on est encore loin néanmoins d'avoir dit le dernier mot sur la dyspepsie. Ces réserves faites, l'on ne saurait nier que la pathogénie des désordres de la digestion, comme celle d'autres états morbides, tend à se dégager peu à peu des anciennes hypothèses, grâce aux progrès des méthodes de technique et des données qu'elles apportent sur la physiologie interne des actes digestifs et de leurs perturbations.

Aussi bien, toute interprétation des premiers troubles de l'appareil digestif ne saurait désormais se priver des résultats d'une technique perfectionnée. Plus l'on avance

dans la voie du progrès, plus il est nécessaire pour caractériser un syndrome de subordonner la symptomatologie qui est essentiellement variable, à l'étiologie et à la pathogénie. C'est à quoi tendent tous les efforts des auteurs qui ont tour à tour entrepris de résoudre le problème de la dyspepsie.

Les considérations qui précèdent nous permettent d'éliminer certaines définitions de la dyspepsie, lesquelles paraissent trop restrictives.

G. Sée admet que « le terme dyspepsie doit être appliqué aux troubles permanents de la fonction digestive, en tant que ceux-ci ne relèvent pas d'une lésion anatomique appréciable cliniquement et ayant l'estomac ou l'intestin pour siège ».

Une telle interprétation du syndrome dyspeptique mérite quelque créance parce qu'elle ne localise pas à l'estomac tous les symptômes qui accompagnent les désordres permanents de la digestion. Si l'idée de troubles persistants de la fonction implique des altérations du chimisme, l'auteur semble exclure absolument la lésion anatomique. On pourrait peut-être, à l'heure actuelle, soutenir que l'opinion précédente renferme quelque chose de paradoxal.

Gubler semble vouloir reconnaître à la dyspepsie des limites plus étendues « Sous ce nom, dit-il, il faut entendre toute difficulté de digérer, quelle qu'en soit la cause, le trouble de la digestion ne dépendant pas d'une maladie de l'estomac et la lésion étant pour ainsi dire accessoire ».

Admettre que dans la dyspepsie, les lésions anatomiques ne jouent qu'un rôle accessoire c'est affirmer en même

temps que la possibilité de leur existence, leur peu d'influence sur l'évolution symptomatique.

Ainsi, en nous ralliant en partie à cette dernière définition, nous dirons que : *la dyspepsie est constituée par tout trouble de l'acte digestif qui dépend ordinairement de lésions organiques.*

On ne saurait, comme l'a fait G. Sée, séparer de la dyspepsie, les troubles vasculaires, moteurs et sécrétoires lesquels sont le plus souvent en corrélation avec les altérations du chimisme. On peut même ajouter qu'ils représentent des modifications de la paroi du canal digestif liées le plus souvent, à des irritations produites à la surface de la muqueuse.

Chacun sait que la dyspepsie se présente comme un syndrome d'une fréquence extrême et dont l'expression symptomatique est des plus variables.

Parmi les sensations anormales si diverses qui précèdent, accompagnent ou suivent l'ingestion des aliments, il en est sans doute qui traduisent simplement un état psychique particulier, étant indépendantes de tout trouble digestif. Néanmoins, il ne faut pas oublier que la plupart de ces malaises plus ou moins persistants se rattachent à un vice fonctionnel et si la pathogénie en demeure encore obscure, on ne saurait incriminer que l'insuffisance de nos connaissances.

On sait qu'il est des états gastriques latents et qui restent méconnus du malade et du clinicien, tant qu'un examen complet de la digestion n'en a pas révélé l'existence. Or, il est probable que certains malaises mal définis, attribués au nervosisme ne sont que l'expression clinique

atténuée de tels états. Assez souvent, à l'occasion d'une cause quelconque, ces états morbides s'affirment alors par un ensemble de signes qui appellent immédiatement l'attention ; d'ailleurs, il n'est pas rare de les voir se compliquer de désordres névropathiques.

Comme tout autre syndrome clinique, la dyspepsie peut se présenter sous sa forme pure, c'est-à-dire avec des troubles localisés à l'appareil digestif et liés directement aux perturbations de ses fonctions. De même l'appareil génital est parfois le siège de troubles fonctionnels qui n'ont aucune répercussion sur le reste de l'organisme. Mais les cas en sont rares et c'est ce qui a lieu encore pour les affections propres à tel ou tel organe. Bien plus souvent, quand un organe est lésé même superficiellement, en raison de la connexion intime et de la suppléance des fonctions organiques, dès qu'un des rouages de l'économie se trouve entravé dans ses fonctions, tous les autres en subissent le contre-coup et il s'établit une sorte de sympathie entre les organes.

Dans la marche des troubles, il est évident que le système nerveux est l'un des premiers touchés et c'est du reste le plus souvent par l'intermédiaire des nerfs et des centres nerveux que s'établit cette solidarité si étroite observée entre les fonctions organiques.

Or, il est aisé de comprendre que l'appareil digestif qui prépare tout d'abord les éléments de la nutrition des tissus, remplit par cela même un rôle qui présente quelque analogie avec celui du système nerveux.

Aussi, ne faut-il pas s'étonner, si, dans la majorité des cas, les désordres digestifs provoquent l'éclosion de symp-

tômes à distance. Parmi ces complications, les troubles névropathiques sont les plus fréquemment observés, parce que les centres nerveux et les nerfs outre leur rôle de connexion entre les divers appareils, commandent à toute l'économie.

Les plus anciens auteurs, avaient bien observé dans la plupart des maladies, cette prédominance des réactions nerveuses. Aujourd'hui, celles-ci sont de connaissance vulgaire, puisque l'on sait plus qu'à aucune époque en apprécier la valeur clinique et la pathogénie. Mais l'accord cesse dès qu'il s'agit d'expliquer les rapports de causalité entre les phénomènes digestifs et nerveux. Pour les uns, c'est la dyspepsie qui commence et l'état névropathique est secondaire ; pour les autres, c'est l'inverse qui a lieu.

Sans préjuger des arguments qui seront exposés plus loin pour défendre notre manière de voir, ajoutons dès maintenant que nous nous rallions à la première hypothèse.

Quels qu'ils soient, les troubles névropathiques se réduisent en dernière analyse à l'excitation d'une part, à la dépression d'autre part. Ces deux modalités correspondent aux deux groupes dans lesquelles on peut faire rentrer à peu près tous les cas de dyspepsie, dyspepsie par excitation des fonctions, dyspepsie par insuffisance.

Quelles relations y a-t-il entre la seméiologie de la dyspepsie, les troubles sécrétoires des glandes et les lésions de l'appareil glandulaire et muqueux ? C'est là une question agitée depuis longtemps et sur laquelle on discute encore. Tant que l'analyse du suc gastrique n'a pas

été appliquée au diagnostic des modifications du chimisme et des lésions anatomiques, les opinions émises peuvent se réduire à deux principales : l'une regardant les symptômes subjectifs comme des phénomènes purement névropathiques, ne reposant sur aucun processus pathologique, l'autre subordonnant au contraire les désordres digestifs à des lésions glandulaires. En somme, les études anatomopathologiques n'avaient pas permis de faire triompher l'une de ces doctrines aux dépens de l'autre.

Au début de son application, le cathétérisme méthodique de l'estomac, suivi de l'analyse du suc gastrique n'avait pas donné les résultats que l'on en attendait. On sait que Leube, il y a un peu plus de vingt ans, à l'aide d'une méthode défectueuse, n'avait pas trouvé de troubles du chimisme gastrique, chez des gastropathes avec troubles névropathiques. De là est né, un type spécial de dyspepsie, sans altération du chimisme, la dyspepsie nerveuse.

Depuis une quinzaine d'années, grâce à une méthode d'analyse plus rigoureuse, l'on a reconnu que la dyspepsie nerveuse renferme des cas où le chimisme est modifié. Le groupe créé par Leube doit donc être dissocié. Sans doute, en restreignant le cadre de la dyspepsie nerveuse, il y a lieu d'y laisser une catégorie de névropathes, chez lesquels le nervosisme commande à des désordres digestifs secondaires et indépendants de toute altération glandulaire. Ce groupe paraît répondre à ce que l'on a appelé les *gastro-névroses* (Hayem).

Une autre catégorie de dyspeptiques névropathes

renferme des cas où le chimisme est modifié. L'analyse du suc gastrique révélera suivant les cas, l'hypersecrétion gastrique, l'hyperacidité chlorhydrique ou l'hypochlorhydrie.

Pour beaucoup d'auteurs, ces modalités de chimisme gastrique peuvent constituer des maladies essentielles, et peuvent par leur persistance, entraîner des altérations secondaires de l'appareil glandulaire.

M. Hayem s'est élevé vivement contre cette manière de voir. L'exploration de l'estomac avec analyse du suc gastrique, combiné avec l'examen histologique lui a montré que les troubles du chimisme, sous quelque forme qu'ils se présentent, coïncident avec des lésions glandulaires, en d'autres termes, que l'on peut trouver tous les types de gastrites. Il a même cherché à établir des rapports entre les modifications sécrétoires et la nature des lésions; nous y reviendrons plus loin. Laissant de côté l'hyperchlorhydrie, nous aurons surtout en vue les rapports existant entre les accidents névropathiques et les désordres digestifs au cours de l'hypo-pepsie ou de l'apepsie.

Nous chercherons à établir par le rapprochement des lésions glandulaires et des signes cliniques, que la doctrine de la subordination des troubles digestifs à la névropathie n'est pas d'accord avec les résultats de l'observation clinique, du cathétérisme et des examens histologiques. Avant de passer à l'étude des rapports entre la dyspepsie et les accidents nerveux, indiquons les principales formes cliniques du premier de ces deux syndromes.

Le vaste groupe des dyspepsies comprend des variétés qui ne se laissent pas facilement ranger sous les quelques types dont la chimie stomacale a permis de donner la description. Pourtant, à défaut d'une connaissance plus approfondie de la pathogénie des états dyspeptiques, force est de s'en tenir aux classifications admises. Les premiers résultats de l'exploration de l'estomac avaient conduit les auteurs allemands à distinguer deux types chimiques ; l'*hyperacidité* et l'*anacidité* auxquels correspondaient en France, les deux types d'*hyperchlorhydrie* et d'*anachlorhydrie*, le taux normal de l'Hcl libre étant pris pour base dans les deux classifications.

Bientôt, le procédé chlorométrique d'Hayem et Vinter, révélant des éléments nouveaux montra l'insuffisance de cette division.

La nouvelle classification, la plus conforme aux résultats obtenus par le cathétérisme, repose sur les altérations quantitatives de la sécrétion gastrique.

Quand les phénomènes de la digestion sont exagérés, il y a *hyperpepsie*.

Dans le cas où ils sont au-dessous du taux normal, c'est l'*hypopepsie*.

L'hyperpepsie est *générale*, lorsque Hcl libre et Hcl combiné dépassent le taux normal.

L'hyperpepsie est *chloro-organique* lorsque l'Hcl combiné est seul augmenté.

L'hyperpepsie est *cklorhydrique*, si l'Hcl libre est seul en excès.

Dans l'hypopepsie, qui répond à un affaiblissement du

processus stomacal, on distingue trois degrés correspondant aux variations de l'acidité totale.

Le troisième degré, dans lequel la réaction acide est nulle correspond à l'*a-pepsie*.

CHAPITRE II

I

DES ACCIDENTS NERVEUX DANS LA DYSPÉPSIE.

La dyspepsie se présente rarement sous la forme pure, idiopathique, avec des symptômes directement liés aux troubles des fonctions digestives. Il est de règle, en effet, d'observer, pendant l'évolution des différentes formes de la dyspepsie, des accidents lointains, à distance, accidents cutanés, pulmonaires, cardiaques, etc. Parmi ces diverses complications, les névroses d'ordre névropathique ou psychique sont des plus fréquentes.

Dans un certain nombre de cas, les symptômes gastro-intestinaux observés ne sont que les effets de la localisation gastrique d'une affection nerveuse organique ou dynamique. C'est là, le groupe des *gastro-névroses*, dont nous n'avons pas à nous occuper.

Un facteur essentiel du développement des accidents nerveux au cours des gastropathies est la prédisposition héréditaire. Celle-ci prépare le terrain. Elle met les élé-

ments nerveux en état de moindre résistance ; les troubles de la digestion, l'état pathologique qu'ils représentent ne remplissent que le rôle de cause provocatrice à l'égard des accidents nerveux qui apparaissent à une certaine période. On sait que, dans la plupart des cas, l'arthritisme associe son action prédisposante à celle de l'hérédité.

L'alcoolisme occupe une place toute spéciale dans l'étiologie du syndrome mixte dyspeptique et nerveux. En effet, outre son extrême fréquence, il intervient suivant deux modes distincts ; d'une part, il altère les éléments de la muqueuse digestive et d'autre part, il confère au système nerveux une prédisposition acquise. On peut admettre qu'il intervient encore par les perturbations qu'il provoque dans les fonctions du foie.

Les Anciens avaient remarqué la fréquence des manifestations névropathiques ou psychiques en rapport avec les troubles digestifs. Ils avaient coutume d'attribuer les états hypocondriaques ou mélancoliques à des perturbations de la digestion dépendant elles-mêmes de troubles de la sécrétion biliaire. Suivant l'état de fluidité de la bile, suivant sa couleur, ils lui attribuaient des vertus spéciales. Galien, pour expliquer les rapports des états hypocondriaques et mélancoliques avec les perturbations fonctionnelles du foie et de la rate, avait imaginé la théorie dite de l'hypocondrie et de l'atrabile. Parmi les névroses, à l'exception de l'hystérie, la neurasthénie, forme commune de l'épuisement nerveux est certainement celle dont les manifestations accompagnent le plus fréquemment les symptômes propres de la dyspepsie. Bien souvent

les signes de l'hypocondrie, de la mélancolie ou des états psychiques se combinent à la séméiologie proprement dite de la maladie de Beard.

M. Hayem, tenant compte de ce fait que la dyspepsie peut s'allier avec toutes les formes des névroses et des psychoses, distingue deux formes principales dans la dyspepsie névropathique :

1° Une forme à symptômes nerveux périphériques, lesquels sont des signes d'excitation localisés à l'estomac, gastralgie, vomissements, etc ;

2° Une forme à symptômes nerveux d'origine centrale. Ces derniers sont pour la plupart les signes de l'épuisement nerveux, somnolence, céphalée, asthénie musculaire.

Dans ce deuxième groupement, il distingue d'après les caractères des manifestations névropathiques, trois formes secondaires :

1° La dyspepsie neurasthénique est la variété la plus fréquemment observée. Ses signes sont ceux de la neurasthénie proprement dite.

2° Une deuxième forme dite hypocondriaque est caractérisée par la prédominance des signes de l'hypocondrie.

3° Une 3° forme est la variété dite psychique, dans laquelle dominent les obsessions, phobies ; mais l'expression clinique en est d'ordinaire modérée.

D'ailleurs, il ne faut pas oublier que dans la majorité des cas, troubles psychiques et névropathiques se combinent de telle sorte qu'il peut être difficile de reconnaître telle ou telle variété.

M. Bouchard, attribuant dans la dyspepsie une influence prépondérante à la dilatation de l'estomac sur le développement des lignes de l'épuisement nerveux en a tracé un tableau clinique que nous ne pouvons que reproduire. Cet auteur a noté chez les dilatés « de l'accablement au réveil, le cercle douloureux autour de la tête (galeati de Charcot), la céphalée, la tristesse, le caractère plus difficile, la sensibilité au froid, l'insomnie, vertiges, obscurcissement de la vue, hémiopie, diplopie, hallucinations de la vue, engourdissement des membres, contracture des extrémités, des mains, parfois aphasie transitoire et même syncope mortelle. Des troubles d'innervation vasculaire, doigt mort, palpitations, rougeur de la face, sueurs nocturnes à la tête, au cou et au thorax ». A ces divers accidents s'ajoutent encore, d'après M. Bouchard, l'affaiblissement des forces, la diminution de l'énergie physique et morale, l'amaigrissement dans les phases avancées, quelquefois obésité flasque ou pâteuse, dépôts d'urates dans les urines etc. L'auteur fait suivre cet énumération des réflexions suivantes : « Que ne peut-il donc se passer quand l'estomac est lésé ? Comment son dérangement ne retentirait-il pas sur tout l'organisme. Quand on songe à l'importance du tube digestif ? »

II

PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS NERVEUX DE LA DYSPÉPSIE.

Dès l'origine de la Médecine l'on s'est préoccupé de rechercher les relations pathogéniques qui peuvent exister entre la dyspepsie et les états névropathiques.

Ainsi Galien a imaginé la théorie de l'hypocondrie et de l'atrabile, en vue d'expliquer la genèse de certains désordres nerveux qui peuvent se montrer au cours des troubles digestifs. Il admettait que des principes nocifs dérivés des aliments et élaborés dans les organes logés sous les hypocondres sont apportés dans les centres nerveux dont ils troublent les fonctions. Dans cette conception toute hypothétique il n'est pas douteux que l'on trouve déjà en germe les idées pathogéniques que les progrès de la science ont permis de convertir en théories adaptées à nos connaissances actuelles.

Plus tard, V. Helmont, Wepfer attribuent à un état maladif des plexus nerveux de l'abdomen le complexe séméiologique de la dyspepsie nerveuse.

Pour voir de nouveau posée la question de la pathogénie des phénomènes de la dyspepsie, il nous faut arriver jusqu'au milieu de notre siècle. Chomel a donné une excellente description des petits signes de dyspepsie liés à un défaut d'élaboration des aliments et s'il ne leur attribue pas une origine névropathique, du moins il n'a pas cherché à les rattacher à des lésions organiques.

Beau (1866) dans son *Traité de la dyspepsie* a relevé les grands signes de l'épuisement nerveux, céphalée, somnolence, etc.

Ces symptômes, d'après Beau se développent suivant trois modes pathogéniques distincts :

1° Immédiatement par voie réflexe ;

2° Secondairement par l'anémie ;

3° Par les modifications qu'apporte dans la nutrition du système nerveux, le vice général de la nutrition.

Ce n'étaient là, il faut le remarquer que des vues hypothétiques qui n'avaient pas reçu la sanction expérimentale.

Lasèque, frappé comme tous les pathologistes de la fréquence des manifestations névropathiques au cours des dyspepsies, regarde celles-ci, comme des névroses ; « elles sont intermittentes, comme les névroses, et comme elles à longue échéance. Localisées à l'estomac, elles épargnent les autres organes et sont, pour ainsi dire, protéiformes sur place. »

Dix ans après, ainsi que nous l'avons vu, Leube, en Allemagne, à la suite des résultats obtenus par l'exploration de l'estomac à l'aide de la sonde, avait été conduit à créer le type de la *dyspepsie nerveuse*, dans laquelle les malaises liés à une mauvaise digestion ne paraissent pas correspondre à un trouble dans les fonctions chimiques de l'estomac.

C'était admettre que chez un grand nombre d'individus, la dyspepsie relève de l'état névropathique.

Après que Beard eut dégagé la neurasthénie du chaos des phénomènes névropathiques et que l'on eût reconnu son extrême fréquence au cours de la dyspepsie, diverses

théories ont pris naissance, tendant à expliquer les rapports de la neurasthénie et des troubles digestifs. Nous allons les examiner en indiquant les auteurs qui les ont défendues. Nous envisagerons successivement trois théories principales, en négligeant celles qui tendent à expliquer la neurasthénie par des phénomènes indépendants de la dyspepsie.

Ces théories sont les suivantes :

1° Théorie névropathique, qui attribue au système nerveux le rôle essentiel et admet par conséquent, comme origine de la dyspepsie, soit des troubles du système nerveux central, soit des troubles dans le système du grand sympathique.

2° La théorie mécanique ou de l'entéroptose ;

3° La théorie humorale, d'après laquelle le nervosisme au cours de la dyspepsie n'est qu'un syndrome d'ordre réflexe ou qui dépend d'une irritation du système nerveux soit par les toxines microbiennes, soit par les albuminoïdes toxiques.

Comme on le voit, parmi les auteurs, les uns prenant pour base la dyspepsie, cherchent à expliquer la neurasthénie, les autres, au contraire, admettent comme primitifs, les troubles nerveux et leur subordonnent les troubles digestifs.

Quant aux autres théories, telles que la théorie génitale, la théorie vaso-motrice, elles n'offrent aucun rapport avec la dyspepsie, en sorte que les examiner, ce serait sortir de notre cadre.

I. — *Théorie névropathique.* — Chez les anciens, elle est représentée par V. Helmont, Wepfer, etc.

Plus près de nous, elle est défendue par Beard, Charcot, Arudt, Leven, pour ne citer que les plus connus. On sait que Lasèque comparait les dyspepsies à des névroses; aussi nous croyons devoir le ranger dans le groupe des partisans de la théorie névropathique. Actuellement, il est encore un certain nombre de médecins qui admettent cette théorie, tels Proust et Ballet, Debove, Mathieu, Gilles de la Tourette.

L'origine névropathique de la dyspepsie et des accidents nerveux au cours de celle-ci, nous la trouvons nettement exprimée par Charcot, dans l'une de ses cliniques. « Un autre phénomène de la neurasthénie, dit-il, c'est cette fameuse dyspepsie dont les malades ont si souvent à souffrir et qui a fait croire à certains cliniciens que tous les désordres neurasthéniques avaient pour point de départ les affections gastriques, tandis que c'est tout le contraire qui est vrai, c'est la neurasthénie qui commence et c'est l'affection de l'estomac qui complète le tableau ».

Avant lui, Beard, après avoir dégagé le syndrome de la neurasthénie du chaos du nervosisme, et reconnu l'extrême fréquence des désordres gastriques avait néanmoins admis la subordination de ceux-ci au nervosisme.

Arudt (de Leipszig) avait adopté la conception de l'auteur américain. Pour lui, la neurasthénie est l'expression d'une « hypertrophie » du système nerveux dont la prédisposition se trouve dans la constitution même et reconnaît les causes les plus variées. L'auteur ajoute que « la neurasthénie n'est en définitive que la réunion des symptômes dits nerveux, chez un malade quelconque.

Avec Leven, c'est encore le système nerveux qui com-

mande à l'appareil digestif, c'est-à-dire aux troubles dyspeptiques ; mais ce sont les plexus nerveux abdominaux qui sont principalement en cause. En 1884, cet auteur montre que la dyspepsie est surtout caractérisée par de la rougeur, congestion, irritation et troubles de nutrition de la muqueuse, en même temps que des modifications de structure se produisent dans les autres tuniques.

Reprenant la théorie de Beard, il admet comme lésion organique primitive, une excitabilité malade du plexus solaire et du cerveau et fait de ces deux centres, le point de départ d'un même état nerveux.

Leven nie que la dyspepsie soit la cause de la neurasthénie. « Dans l'état de santé, dit-il, le système nerveux fonctionne en ne nous donnant qu'une sensation de bien-être. Dès que l'un de ces deux centres, cerveau ou plexus solaire est excité, il produit un ensemble de sensations douloureuses. Le centre excité communique son excitation au deuxième centre ; le système nerveux qui relève des deux centres se trouble et à sa suite, tous les viscères innervés par lui. »

Comme on le voit, localiser le trouble primitif dans le plexus solaire, c'est en quelque sorte proclamer que les troubles dyspeptiques relèvent d'une névrose, et dans le cas particulier d'une névrose du système sympathique. L'auteur suppose une excitation primitive du plexus solaire, mais il néglige d'indiquer la cause première de cette excitation. En somme, il ne faut voir, dans la conception de Leven, qu'une hypothèse imaginée pour expliquer la coïncidence de troubles dyspeptiques et de troubles névropathiques.

M. Charcot, étudiant à son tour le syndrome de Beard, en a tout d'abord mis en relief, les symptômes essentiels, les stigmates.

Quant aux signes de dyspepsie qu'il retrouvait chez les neurasthéniques, nous avons rapporté plus haut son appréciation à propos de leur pathogénie. Subordonner les troubles de la digestion, à l'état nerveux, chez les individus où l'on s'appliquait surtout à mettre en évidence l'ensemble des signes de la neurasthénie, c'était là une tendance toute naturelle.

Mais l'auteur est allé plus loin et il cite certains faits à l'appui de son opinion. C'est ainsi qu'il a remarqué que les individus atteints de cancer de l'estomac, sont exempts en général de dilatation et, quoique exposés particulièrement aux fermentations anormales, ils sont exempts d'accidents nerveux pouvant faire penser à la neurasthénie. Un argument auquel M. Charcot attribue une grande importance, c'est que beaucoup de neurasthéniques ne sont pas dyspeptiques.

Si l'on veut bien s'en rapporter aux résultats fournis par une analyse très complète des symptômes présentés par les malades et surtout de ceux fournis par l'exploration de l'estomac, rien n'est plus facile que de répondre victorieusement aux objections de l'auteur.

Tout d'abord, il y a lieu de noter que les partisans de la doctrine névropathique avaient des données insuffisantes sur la digestion stomacale ; ainsi, ils manquaient des renseignements que donne toujours une analyse du suc gastrique après repas d'épreuve. Or, nul n'ignore que les actes digestifs sont surtout des fermentations,

c'est-à-dire des actes chimiques. Qui ne conçoit, par suite, combien il est téméraire de subordonner les troubles de la digestion à l'état névropathique, alors qu'on ne sait pour ainsi dire rien sur les altérations sécrétoires du tube gastro-intestinal et, en particulier, sur les fermentations anormales qui s'accomplissent dans les voies digestives.

Que penser maintenant de cette opinion d'après laquelle les individus atteints de cancer de l'estomac ou de toute autre affection gastrique grave, ne présentent pas, en général, de symptômes nerveux, de stigmates de neurasthénie, bien qu'ils soient prédisposés aux fermentations stomacales? Cette objection s'adresse surtout à la théorie toxique de M. Bouchard, bien qu'elle nous paraisse avoir fort peu de valeur. Les sujets atteints de cancer ne vivent que quelques années, en sorte que même dans le cas de dilatation, il faudrait admettre chez eux, une action très rapide des toxines sur les centres nerveux pour retrouver, en pareil cas, les signes de la neurasthénie. Néanmoins est-on bien sûr que même chez de tels individus, on ne puisse trouver quelques signes de neurasthénie? En réalité, nous croyons que chez ces malades, la névrose a été considérée à tort comme exceptionnelle et ses signes n'ont pas été suffisamment recherchés.

La doctrine de Charcot, c'est-à-dire la théorie névropathique de la dyspepsie a été adoptée par un certain nombre de pathologistes et notamment par l'Ecole de la Salpêtrière. Les adeptes de cette école, dans des publications nombreuses, se sont appliqués à propager les idées

du Maître. Mais en même temps que se poursuivait cette vulgarisation, la technique de l'analyse du suc gastrique a fait de notables progrès, si bien qu'aujourd'hui, l'évacuation de l'estomac, après repas d'épreuve, doit précéder le diagnostic de la plupart des affections gastriques. Aussi bien l'Ecole de la Salpêtrière ne saurait nier plus longtemps l'influence des désordres digestifs sur les phénomènes nerveux, chez les individus neurasthéniques, sans avoir, au préalable, interrogé l'estomac au point de vue de ses fonctions et cela à l'aide de la meilleure méthode connue.

Résumons aussi brièvement que possible, l'exposé que nous venons de faire de cette doctrine. La genèse du nervosisme au cours de la dyspepsie a de toute antiquité, préoccupé les pathologistes. Certains auteurs, partisans d'une théorie névropathique, admettent un trouble primitif des centres nerveux, cerveau ou plexus solaire, celui-ci étant alors considéré, suivant l'expression de Leven, comme un « cerveau abdominal ». Les symptômes dyspeptiques, ne seraient qu'un syndrome secondaire. Une telle conception ne paraît pas d'accord avec les résultats de l'observation. Si l'on étudie avec soin les troubles de la digestion stomacale, si l'on pratique l'analyse du suc gastrique, après repas d'épreuve, on ne tarde pas à noter des troubles du chimisme, signes révélateurs d'une dyspepsie plus ou moins latente et dont le début remonte parfois aux premières années de la vie. Quel que soit son mode de début, cette dyspepsie provoque souvent après une longue évolution, l'écllosion de symptômes nerveux

dont l'ensemble affecte la plus grande analogie avec la neurasthénie.

II. — *Théorie humorale.* — Elle a pour représentants MM. Bouchard, Hayem et leurs élèves. Elle n'est, en quelque sorte, que le corollaire du problème des auto-intoxications d'origine gastro-intestinale. Le principe de cette doctrine repose sur cette conception, à savoir que des produits toxiques, résorbés au niveau de la muqueuse gastro-intestinale, vont irriter les centres nerveux et provoquent ainsi l'éclosion des symptômes névropathiques que l'on connaît.

Il serait aisé de trouver dans les écrits des plus anciens médecins, quelques passages se rapportant à la théorie humorale. Ainsi Galien avec sa théorie de l'hypocondrie et de l'atrabile, Van Helmont avec son archée gastrique, et d'autres encore ne peuvent-ils pas être considérés comme les précurseurs de ceux qui ont imaginé la théorie dite humorale. Tant il est vrai que les doctrines actuelles ne sont en quelque sorte qu'une adaptation aux découvertes modernes d'opinions le plus souvent très anciennes.

Sans insister davantage sur la part qui revient aux Anciens dans les doctrines modernes, rappelons que Beau, il n'y a guère plus de trente ans, a posé nettement la question de la viciation des principes nutritifs comme base non seulement des phénomènes névropathiques, mais encore de certaines affections dyscrasiques, telles que l'anémie, le diabète, etc.

M. Bouchard, reprenant les idées de Beau, les a développées et complétées en s'appuyant sur ce que l'on sait ac-

tuellement des conséquences des auto-intoxications d'origine gastro-intestinale.

Toutefois, il a cru devoir ajouter, au problème un facteur nouveau et d'une influence prépondérante : la dilatation de l'estomac. Ainsi, d'après M. Bouchard, la genèse des troubles nerveux au cours de la dyspepsie s'explique par la dilatation de l'estomac et les conséquences qu'elle entraîne. Elle serait d'ailleurs d'une fréquence extrême puisqu'on la retrouve chez les $7/8$ des dyspeptiques. L'ectasie gastrique se rattache à une insuffisance native dans la résistance des parois stomacales, à la surcharge alimentaire. En même temps, la sécrétion chlorhydrique est diminuée et par cela même l'action antiseptique du suc gastrique. L'hypoacidité du milieu et la stase prolongée des aliments sont des conditions éminemment favorable à la pullulation extraordinaire des micro-organismes. De là, une production exagérée de substances toxiques qui, incomplètement détruites ou atténuées par le foie, vont irriter les centres nerveux et donnent lieu non seulement aux symptômes nerveux que nous avons énumérés, mais encore à diverses complications à distance que nous indiquerons plus loin.

Quant aux toxines microbiennes, on en a isolé quelques-uns, mais la question est loin d'être complètement élucidée.

Les idées de M. Bouchard, à l'époque où elles ont été développées, ont obtenu un légitime succès. Néanmoins les critiques n'ont pas tardé à surgir, si bien qu'aujourd'hui la théorie humorale telle qu'elle a été formulée est loin de réunir la totalité des suffrages.

L'œuvre de Bouchard a été continuée par ses élèves ; MM. Legendre, Roger, Charrin, pour ne citer que les plus connus ont beaucoup contribué par leurs recherches développer la doctrine des auto-intoxications qui résultent d'après M. Bouchard de la viciation des actes digestifs de l'estomac au cours de la dilatation de l'organe.

Malgré qu'elle ait eu pour base des observations et des expériences nombreuses, la théorie humorale n'a pas rallié tous les suffrages. Déjà, dès le premier jour, des auteurs tels que Dujardin-Beaumetz, ont élevé certaines objections contre la théorie de M. Bouchard. On a critiqué notamment le procédé à l'aide duquel, il appuie la dilatation de l'estomac, le clapotage stomacal, procédé qui peut exposer à des erreurs. Sans nous attarder à rechercher les causes de telles erreurs, indiquons les reproches adressés à la théorie humorale à propos des rapports de la dyspepsie et du nervosisme.

Une objection essentielle et qui tend à détruire la base même de la doctrine est que la dilatation de l'estomac ne doit pas être considérée comme une entité morbide autonome, ainsi qu'on l'a cru à tort, mais comme un accident survenant dans le cours d'une affection de l'estomac. C'est dans le cas d'un obstacle pylorique que la dilatation s'observe le plus souvent. Quant aux cas d'atonie gastrique primitive, par asthénie musculaire de la paroi stomacale et qui pouvaient se terminer par la dilatation de l'estomac telle que la comprend M. Bouchard, ils paraissent être des plus rares. Ainsi nous sommes loin d'atteindre la proportion qu'avait indiquée l'auteur.

Les défenseurs de la théorie de l'ectasie gastrique

avaient admis que celle-ci s'accompagne toujours d'hyperacidité, ce qui favoriserait les fermentations anormales et l'élaboration des produits toxiques. C'est là encore une hypothèse qui n'est plus admise aujourd'hui sans restriction. Elle est infirmée notamment par les résultats de l'exploration gastrique qui montrent que l'hyperacidité se rencontre parfois chez les dilatés ; c'est ce que certains auteurs ont bien mis en lumière.

Du reste, il ne semble pas que l'hypoacidité de l'estomac soit facteur d'une production exagérée de toxines : les expériences de Bouveret et Devic tendent au contraire à montrer que les produits toxiques élaborés dans l'estomac, sont plus abondants dans le cas d'hyperchlorhydrie. Ainsi, sur ces deux points la théorie humorale est démentie par l'expérience de là, les réserves qu'elle impose.

Reste un dernier point en litige. Il y a, dit-on, dans l'estomac de certains dyspeptiques, des fermentations anormales avec élaboration des toxines microbiennes. S'il est vrai que ces poisons résorbés au niveau de la muqueuse peuvent traverser sans atténuation suffisante, le réseau capillaire du foie, puis, de là, aller impressionner les centres nerveux tout comme les autres appareils et produire les désordres que l'on connaît, ce ne sont là, il faut l'avouer, que de simples hypothèses. Certes, nous nous garderons de nier la filiation que M. Bouchard a établie entre ces phénomènes, néanmoins nous croyons que l'auteur a peut-être été entraîné trop loin dans les déductions.

On sait l'action des diastases sur les toxines, ou du moins, bien que l'on n'ait là-dessus que des connaissances

insuffisantes, de nombreuses expériences ont prouvé que les ferments des sucs digestifs atténuent non seulement la virulence des microorganismes, mais qu'ils agissent aussi sur leurs sécrétions. En somme, l'atténuation dans la virulence ne serait autre chose que le résultat de combinaisons, de décompositions et de synthèses entre deux ordres de diastases, celles de l'organisme et celles produites par les microbes. S'il en est ainsi, comme tout concourt à le prouver, on conçoit que les poisons élaborés dans l'estomac par les fermentations anormales ou ceux apportés par les aliments ont à subir un grand nombre de réactions avant d'arriver jusqu'aux appareils organiques. Ferments de la salive, du suc gastrique, du suc intestinal et pancréatique, de la bile, du sang, sans compter l'action prépondérante de la cellule hépatique et des cellules muqueuses de l'estomac et de l'intestin, ce sont là les moyens de défense de l'organisme. Si nous ajoutons à ces conditions de défense les actions réciproques des toxines il est aisé de comprendre que des principes anormaux partis de l'estomac, auront avant d'avoir atteint les centres nerveux, éprouvé bien des métamorphoses. Aussi bien, nous croyons devoir conclure de ce qui précède que la théorie toxique de la pathogénie des phénomènes nerveux au cours de la dyspepsie n'est qu'en partie conforme à la réalité des faits.

Pour nous résumer, nous dirons que la doctrine de M. Bouchard, pour séduisante qu'elle soit, n'en a pas moins soulevé beaucoup d'objections. On ne saurait désormais porter un diagnostic chez un individu dyspeptique sans avoir, au préalable, pratiqué l'analyse du suc

gastrique après repas d'épreuve. S'il existe chez le sujet, des troubles névropathiques, somnolence, asthénie musculaire, etc., ils ne relèvent pas toujours de la dilatation de l'estomac et l'on ne saurait non plus, les rattacher sans réserve, à la résorption des toxines au niveau des muqueuses gastro-intestinales, toxines qui seraient neutralisées insuffisamment par leur passage à travers le foie.

La théorie humorale des accidents nerveux au cours de la dyspepsie a trouvé encore dans M. Hayem, un ardent défenseur. Il admet, comme M. Bouchard, la subordination de l'état névropathique aux désordres digestifs, mais il explique autrement la genèse des phénomènes nerveux.

A la suite de ses premières recherches, il a cru devoir rattacher le développement des accidents névropathiques à une cause toxique. Mais au lieu d'attribuer les complications de la dyspepsie aux toxines secrétées par les microbes, il incriminait principalement l'action nocive des substances albuminoïdes imparfaitement modifiées par un suc gastrique altéré. Il y aurait en quelque sorte, d'après lui, et par viciation de l'acte digestif, formation de substances albuminoïdes toxiques, qui, résorbées, iraient impressionner les éléments nerveux.

Tout récemment, M. Hayem a semblé modifier son opinion première. Par un retour aux idées de Broussais, il reproche aux auteurs de refuser à l'estomac, tout processus inflammatoire ; il admet que toute manifestation de la dyspepsie n'est autre chose que le signe révélateur de lésions plus ou moins profondes de la muqueuse.

Ainsi, la dyspepsie, suivant l'opinion de M. Hayem, ne serait qu'un ensemble de symptômes traduisant une dé-

sintégration de la muqueuse gastro-intestinale, en d'autres termes une gastrite plus ou moins ancienne. Parfois cette gastrite pourrait rester latente pendant une longue période.

Dans les cas où la dyspepsie s'accompagne de symptômes nerveux, il y a à distinguer deux cas : tantôt ces symptômes sont localisés au tube digestif, tels les vomissements, éructations ; tantôt ils affectent le système nerveux central : somnolence, inaptitude au travail.

D'après M. Hayem, ces troubles névropathiques ne représentent qu'une réaction morbide du système nerveux chez un individu affecté d'une tare névropathique, soit héréditaire, soit acquise. En d'autres termes, si l'individu souffrant de dyspepsie réagit ainsi, c'est par suite d'une prédisposition spéciale de son système nerveux.

Une telle opinion semble d'accord avec les données de la physiologie normale et pathologique ; du moins, elle offre la plus grande analogie avec le principe de l'hérédité névropathique si souvent invoquée par les neurologistes pour expliquer le développement de telle ou telle affection nerveuse.

A côté des vrais dyspeptiques avec troubles nerveux secondaires, M. Hayem distingue le groupe de ceux que nous pourrions appeler les faux dyspeptiques ; il réunit ces derniers cas sous le vocable de gastro-névroses. Au point de vue théorique, ce groupe se conçoit aisément, puisque les troubles gastro-intestinaux sont purement dynamiques et ne relèvent que d'un état morbide des nerfs ou des centres nerveux ; c'est ce que l'on observe au cours de l'hystérie, du tabès, etc. M. Hayem pense que le

nombre de ces pseudo-dyspeptiques décroît progressivement à mesure que l'on sait mieux examiner la digestion stomacale. C'est ainsi qu'un certain nombre d'individus considérés comme des névrosés devraient rentrer dans le groupe des dyspeptiques vrais avec névrose secondaire.

Bien que l'on ait combattu cette conception, il est probable qu'elle est de toutes, celle qui se rapproche le plus de la vérité. Nous ne dirons rien du rôle que M. Hayem fait jouer aux substances albuminoïdes anormales au détriment des toxines microbiennes ; car les expériences confirmatives ne permettent pas encore d'être affirmatif sur ce sujet ; néanmoins l'on peut dire que ces dérivés de la transformation des substances albuminoïdes des aliments doivent contribuer à porter quelque trouble dans l'ensemble de la nutrition générale.

Chez tout névropathe avec troubles dyspeptiques M. Hayem préconise l'évacuation de l'estomac après repas d'épreuve et l'analyse chimique du liquide retiré par la sonde et d'après la méthode qu'il a indiquée avec M. Vinter ; ce n'est qu'après analyse des éléments du repas d'épreuve que l'on sera autorisé à émettre un diagnostic. L'on reconnaîtra ainsi que beaucoup d'individus regardés comme des névropathes ne sont en réalité que des dyspeptiques et chez lesquels une névrose, d'ordinaire la neurasthénie est survenue secondairement.

Bien qu'une longue expérience nous fasse défaut pour apprécier une telle conception, nous sommes enclins à l'admettre, et nous développerons plus loin les arguments qui militent en sa faveur.

Ce dernier point de doctrine impose cependant qu'il-

ques réserves. Il est des névropathes, considérés à tort comme tels, et chez lesquels la maladie causale est la dyspepsie ; cela ne paraît pas douteux et l'examen du contenu de l'estomac révèle des troubles du chimisme correspondant à des lésions de la muqueuse. Mais l'estomac n'est qu'une faible partie de l'appareil digestif et ses altérations ne représentent qu'un petit nombre des cas de dyspepsie. Il est de toute évidence que le foie, l'intestin et le pancréas, peuvent tout comme l'estomac être atteints de troubles fonctionnels et dans ces cas encore, il y aura dyspepsie. L'estomac est-il indemne, l'analyse de la digestion ne révélera aucun trouble du chimisme. Qu'on suppose alors, et l'hypothèse n'a rien que de légitime, qu'on suppose quelques signes de névropathie secondaire ; l'individu sera souvent considéré comme un névropathe et cependant c'est un dyspeptique. La dyspepsie aura été le plus souvent méconnue, parce qu'il s'agit de trouble du foie, de l'intestin, du pancréas, que l'insuffisance de nos procédés d'examen ne permet pas de diagnostiquer.

On admet volontiers des névroses de l'estomac, des gastro-névroses pour expliquer quelques cas de pseudo-dyspepsie, pourquoi n'admet-on pas de même des névroses du foie, de l'intestin, du pancréas pour expliquer certains phénomènes dyspeptiques ? Pourtant, on conçoit aisément qu'une telle conception n'avait rien d'illogique. Du reste, on sait que des tentatives ont déjà eu lieu dans une pensée analogue. Ainsi l'hépatisme de M. Glénard, n'est-il pas, dans l'idée de l'auteur, un état morbide mal défini, sans lésions appréciables, une sorte de névrose

du foie servant de substratum à un certain nombre d'affections secondaires?

Pour nous résumer, nous dirons que M. Hayem, en n'envisageant après tant d'autres que l'estomac dans la dyspepsie, a peut-être trop restreint le domaine de celle-ci. Et si l'on est encore à peu près dépourvu de documents et de méthodes pour apprécier les déviations fonctionnelles du foie, du pancréas, de l'intestin, il n'en est pas moins vrai que ces organes interviennent dans la genèse des symptômes de la dyspepsie.

III. — *Théorie mécanique.* — Elle a été exposée par M. Glénard dans un premier mémoire paru en 1885 : dans la suite, l'auteur est revenu à plusieurs reprises sur cette question.

D'après cette théorie, névropathie et dyspepsie relèvent de la chute de l'intestin, de la splanchnoptose et des conséquences qu'entraîne celle-ci, c'est-à-dire de l'entéroptose. Ces deux accidents de la statique intestinale, Glénard les rattache à deux causes principales, la grossesse et le traumatisme. Il fait jouer un rôle considérable : 1° Aux deux ligaments suspenseurs de l'intestin grêle ou ligament mésentérique et ligament pylori-colique ; 2° à la grande mobilité du coude droit du colon. Pour cet auteur, la tension abdominale diminuant à la suite du relâchement de la paroi abdominale, soit après de nombreuses grossesses, soit après un traumatisme, c'est au prolapsus de l'intestin et en particulier au prolapsus du segment intestinal le plus fragile, le coude droit du célon qu'il faut faire remonter le point de départ de la pathogénie des

accidents gastriques et neurasthéniques. Le fait primitif dit-il, c'est l'abaissement du colon transverse au niveau de son coude droit et dès le début des accidents, c'est ce point qui est le plus nettement incriminé comme siège des premiers symptômes douloureux, de même que la tension avec sensibilité du cœcum est le seul signe objectif qui soit constant dans toutes les phases de la maladie. « Ajoutons, dit M. Glénard, que les organes situés au-dessous du foie, sont par le fait d'un effort ou, d'un traumatisme, ceux qui sont les plus exposés à une dislocation du haut en bas, en particulier chez les femmes où le foie est déjà abaissé par le corset. Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à ce que la néphroptose droite soit si fréquente, bien plus fréquente que la gauche ou que la néphroptose double.

La filiation des phénomènes est donc la suivante. Relâchement de la paroi abdominale, ectopie du coude droit du colon, abaissement consécutif de tout le colon transverse, tiraillement par l'intermédiaire du ligament pylorocolique, du colon transverse sur l'estomac et la première portion du duodenum, d'où ectopie consécutive et abaissement de ces deux organes, gêne de la circulation des substances alimentaires dans leur passage de l'estomac dans le duodenum, bientôt compliquée d'un arrêt de ces matières dans la deuxième et la troisième portion du duodenum, par suite de la compression du ligament mésentérique au niveau de la communication du duodenum avec le jejunum, telle est la série des conséquences qui d'après Glénard, suivent l'ectopie du colon transverse en entier ou principalement son coude droit. C'est là pour

lui, le vrai et seul mécanisme des troubles nerveux qui font du dypseptique un neurasthénique.

Il décrit ces troubles et les divise en gastriques proprement dits, méso-gastriques et neurasthéniques.

Les symptômes gastriques sont les sensations de flatulence, de douleur, d'aigreur, survenant à un certain intervalle après le repas, en rapport avec l'alimentation. Leur caractère essentiel est de disparaître sous l'influence du traitement ordinaire de la dyspepsie.

Les autres symptômes mésogastriques et neurasthéniques présentent à côté du caractère qui leur est commun, de résister au traitement qui s'adresse seulement à l'estomac, des caractères propres. Ce sont pour les méso-gastriques, des sensations comme la pesanteur, le délabrement, tiraillement, creux, vide, fausse-faim, que les malades placent entre l'estomac et le ventre pour les neurasthéniques, des sensations générales sans localisation appréciable et paraissant tenir à des troubles généraux soit de la circulation, soit de la respiration, soit de l'innervation.

Ces trois ordres de symptômes se succèdent dans leur apparition. Il y a d'abord une période gastrique correspondant à l'atonie ou aux troubles de contraction de l'estomac par dislocation de côlon, une période méso-gastrique correspondant à la gastropiose, par insuffisance de résistance de l'estomac aux conditions de prolapsus créées par sa connexion avec le colon transverse ; une période neurasthénique, qui est celle de la diminution de la tension abdominale, survenant lorsque la nutrition est compromise, lorsque sous l'influence d'une alimentation ré-

duite et très certainement d'un trouble secondaire de la fonction hépatique, oligocholie ou dyscholie ; l'amaigrissement continue, la constipation devient opiniâtre, les sécrétions digestives amoindries, lorsque les anses intestinales, plus lourdes et plus mal soutenues sont de plus en plus rétractées et prolabées.

Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que pour M. Glénard, l'entéroptose débute, est primitive, l'atonie gastrique, les troubles rénaux, hépatiques, intestinaux n'étant que secondaires et que la manifestation du déplacement de tous les organes abdominaux.

Nous ne pouvons insister sur les conséquences qu'il en déduit pour le pronostic, le diagnostic et le traitement.

Quant aux manifestations nerveuses prises en particulier, M. Fr. Glénard, leur attribue, dans un mémoire tout récent, une autre origine.

Après Vernenil, Poucel (de Marseille), il admet un état morbide du foie, l'hépatisme, comme cause de certains états pathologiques. « La lésion hépatique, dit cet auteur, est cause de l'arthritisme ». Et plus loin : « étant admis d'après nous que la congestion du foie est tantôt la cause, tantôt la condition de toute maladie, il importerait de dire s'il existe un rapport constant entre l'état de ce viscère et l'état diathésique qui fait les prédispositions morbides. Ce rapport n'est pas douteux et l'augmentation maximum du volume du foie correspond au rhumatisme, à la goutte, à la lithiase, au diabète et sa réduction se fait pendant la période consomptive de ces divers états.

Il est juste d'ajouter que l'auteur est revenu, il n'y a pas longtemps sur son opinion première et il déclare que

les troubles nerveux qu'engendre l'hépatisme diffèrent sensiblement de la neurasthénie.

Les objections ont été nombreuses à cette manière de concevoir la neurasthénie. Tout d'abord Fereol, Dujardin-Beautmetz ont combattu les idées de Glénard ; peu après, Fromont, Blanc, Champagnac dans leurs thèses ont apporté de nouveaux arguments. Leurs critiques s'adressent principalement à la méthode de l'auteur, aux déductions qu'il a cru devoir tirer de ses recherches anatomiques et aussi aux indications thérapeutiques formulées.

C'est ainsi que la grossesse et le traumatisme regardés par Glénard comme les deux causes essentielles de l'entéroptose sont loin d'expliquer tous les cas de dyspepsie avec neurasthénie.

F. Glénard a reconnu lui-même que dans 20 pour 100 des cas avant de devenir mésogastrique et neurasthénique le sujet a été tout d'abord dyspeptique et sa dyspepsie a été causée et entretenue soit par une alimentation défectueuse, soit par une hygiène fâcheuse, vie sédentaire, intoxication chronique, éthylisme. Dans quelques cas, la dyspepsie s'est déclarée à la suite d'une fièvre typhoïde, d'une inflammation perintestinale, etc. ; il y a alors entéroptose secondaire.

M. F. Glénard admet donc des cas dans lesquels l'entéroptose bien que constatée, ne joue pas le rôle de cause des accidents dyspeptiques concomitants. Il reconnaît que chez certains malades, l'estomac commence par être pris et que les troubles dyspeptiques sont incontestablement le point de départ des accidents hépatiques ou intestinaux qui viennent ensuite.

CHAPITRE III

De la neurasthénie dyspeptique.

L'expression de *neurasthénie dyspeptique* désigne un syndrome clinique constitué par l'association des signes de la dyspepsie à ceux de la neurasthénie. Si le tableau clinique en est bien connu, il n'en est pas de même de la pathogénie laquelle est encore l'objet de controverses, ainsi que nous l'avons vu.

Les différentes interprétations auxquelles a donné lieu le type de la neurasthénie dyspeptique expliquent la diversité des termes par lesquels on l'a désignée. Toutefois ce n'est que depuis une vingtaine d'années que cette forme de la neurasthénie a été l'objet des plus vives discussions quant à sa pathogénie et à la place qu'elle doit occuper dans la pathologie de l'estomac.

Beau avait entrevu les grands symptômes nerveux qui se mêlent parfois aux signes ordinaires de la dyspepsie et sans désigner d'un terme particulier, ce groupement, il avait assigné à la névropathie une origine dyspeptique.

Lasègue, frappé sans doute par l'évolution simultanée de troubles digestifs et nerveux considérait les dyspepsies comme des névroses.

La neurasthénie dyspeptique, au moins dans ses formes de moyenne intensité, a été confondue par Leube avec

les névroses de l'estomac sous le nom de *dyspepsie nerveuse*. Du reste, tant que l'on n'a pas été en possession d'une méthode précise de cathétérisme de l'estomac, la neurasthénie dyspeptique organopathique a été confondue avec les localisations gastriques des névroses. Ainsi, pour M. Charcot, la gastropathie neurasthénique n'était autre chose qu'une localisation gastrique de la neurasthénie et les troubles gastriques coïncidant avec les signes de l'épuisement nerveux n'étaient que des accidents secondaires à la maladie de Beard.

Avec M. Bouchard, le syndrome mixte dyspeptique et névropathique a reçu une toute autre interprétation. Cet auteur rassemblant tous les accidents nerveux à distance consécutifs à la dilatation de l'estomac, en a constitué un tableau clinique où dominant la plupart des signes de la neurasthénie. Nous avons vu qu'il attribue à ces manifestations nerveuses une origine gastrique et la dilatation de l'estomac avec les fermentations anormales qu'elle entraîne en serait la cause principale. Les poisons formés dans l'estomac, à la faveur de l'ectasie gastrique traversent le foie qui leur fait subir des métamorphoses insuffisantes et vont jusqu'aux centres nerveux.

L'irritation de ces centres donne lieu à des signes de dépression nerveuse. Nous avons vu que cette théorie dite humorale a été combattue et que la pathogénie de la dilatation notamment est en partie infirmée par les résultats que donne le cathétérisme de l'estomac et l'examen histologique dans les cas de dyspepsie.

La neurasthénie dyspeptique a été connue encore sous le nom d'atonie gastro-intestinale neurasthénique (Bouve-

ret) ou de dyspepsie nervo-motrice avec ou sans dilatation (Mathieu).

Remarquons que ces derniers auteurs, comme M. Charcot, admettent qu'elle est consécutive à la neurasthénie, laquelle serait la maladie causale. M. Hayem, mettant à profit les résultats du cathétérisme de l'estomac et de l'analyse du suc gastrique par la méthode chlorométrique et aussi de l'histologie pathologique a donné de la neurasthénie dyspeptique une autre interprétation.

Dans l'hypopepsie, forme la plus fréquemment en rapport avec les signes de neurasthénie, on peut observer, d'après M. Hayem, des lésions de gastrite à divers degrés d'évolution, selon l'ancienneté de la maladie. D'ordinaire, les lésions se rapportent à la gastrite interstitielle ou à la gastrite mixte; dans les cas plus avancés, l'appareil glandulaire subit la transformation muqueuse, c'est là la *gastrite muqueuse*; ou bien le processus tend vers l'atrophie et la muqueuse devient lisse, amincie et perd le caractère mamelonné.

L'atonie stomacale qui existe le plus souvent se complique quelquefois de dilatation de l'estomac et dans les cas avancés de fermentations anormales.

L'examen du suc gastrique a donné des résultats variables avec les auteurs. D'après M. Bouveret, le fait capital est la diminution ou la suppression complète de l'acide chlorhydrique. M. Mathieu avait trouvé seulement de l'atonie stomacale, sans modifications du chimisme, ou suppression de l'Hcl et l'Hcl combiné en petite quantité.

Ces résultats étaient de nature à modifier l'interprétation que les neurologistes avaient admise de la neurast

thénie dyspeptique. M. Hayem, à la suite de ses recherches sur les lésions de l'estomac au cours des gastrites avait établi qu'à un type chimique déterminé répond un type anatomo-pathologique qui est toujours le même. Il était ainsi amené à regarder les neurasthéniques dyspeptiques dans les cas moyens et dans les cas graves, alors que la réaction de l'Hcl fait défaut comme atteints, primitivement, de gastrite chronique. Quant aux lésions correspondantes, ce sont celles de la gastrite interstitielle et dans les cas avancés, on assiste à l'atrophie du système glandulaire ou bien à la transformation muqueuse. De telles observations ont conduit M. Hayem à une interprétation de la neurasthénie dyspeptique bien différente de celle admise par Charcot et les neurologistes. « Le premier anneau de la chaîne morbide, dit M. Hayem, est constitué par une gastrite chronique, née sous l'influence de causes diverses d'irritation stomacale. Plus tard, survient la dyspepsie qui tantôt reste pendant longtemps une affection gastrique pure avant de revêtir une forme névrosique, tantôt se montre d'emblée sous l'apparence de la dyspepsie dite neurasthénique ».

« C'est une forme clinique qui dépend non pas seulement de la lésion de l'estomac, mais aussi de l'individu, de ses prédispositions morbides, de son mode de réaction personnel. Diverses causes agissant sur l'estomac auront produit la gastropathie, le malade, lui, créera sa dyspepsie à sa façon, en lui imprimant un cachet individuel... Les rapports entre les affections stomacales et les névroses sont en effet réciproques. Une fois déclarée, la neurasthénie exerce à son tour une influence évidente et souvent

très marquée sur les fonctions gastriques et fait prendre à la gastropathie une expression séméiologique nouvelle ». Nous n'ajouterons rien, craignant d'affaiblir la valeur d'une telle argumentation.

Etiologie. — Dans l'étiologie des accidents d'épuisement nerveux qui apparaissent fréquemment au cours de la dyspepsie, il y a à envisager deux ordres de causes; d'une part, les causes des troubles digestifs; d'autre part, celles qui interviennent par le surmenage qu'elles apportent aux centres nerveux.

En réalité, la question est bien plus complexe; la plupart des causes de troubles digestifs préparent non seulement la dyspepsie, mais elles apportent également un trouble plus ou moins prolongé dans les fonctions nerveuses. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, les écarts de régime, les maladies infectieuses en même temps qu'ils altèrent la muqueuse digestive, entravent l'irrigation normale des centres nerveux, c'est-à-dire leur nutrition.

Ces quelques considérations suffisent, croyons-nous, pour montrer que la dyspepsie, une fois constituée, réagit sur le système nerveux à la fois par elle-même, par l'élaboration défectueuse des aliments et par les agents qui l'ont provoquée. L'ingestion d'un aliment toxique, de jambon avarié, par exemple, altère la muqueuse gastro-intestinale et les toxines, insuffisamment atténuées, par les ferments digestifs, par l'épithélium intestinal, par le foie et même le sang vont irriter les cellules nerveuses, lesquelles règlent, en définitive, les phénomènes de nutrition. Mais ce n'est là, en réalité, qu'une conception théorique.

On conçoit aisément que cette adultération des cellules

nerveuses, d'après cette théorie, entraîne un trouble des phénomènes psychiques et physiologiques et la neurasthénie est-elle autre chose qu'un désordre dans deux ordres de fonctions du système nerveux?

Dans l'état de parfaite santé, les moyens de défense de l'appareil digestif s'opposent puissamment, il est vrai, au passage, dans le milieu intérieur, des éléments de nocivité, des poisons digestifs autochtones ou exogènes; mais trop souvent l'organisme est débilité par une tare héréditaire ou congénitale, par des atteintes qui remontent à la première enfance et dont l'allaitement et les maladies infectieuses sont les principales causes pathogènes.

Est-il nécessaire en outre d'insister sur l'allure des lésions gastro-intestinales, leur évolution lente, l'absence de réaction dans un certain nombre de cas où l'apparition tardive des douleurs et autres phénomènes susceptibles d'appeler l'attention du malade sur les troubles de la digestion.

Actuellement encore, l'on est porté à faire coïncider le début des lésions avec les premières manifestations du trouble digestif; or il n'en est rien.

« Nous apportons souvent en naissant, un estomac débile, organiquement peu fait pour résister aux causes nombreuses d'irritation qui vont l'assaillir, et cela dès la naissance... Dès le premier mois de la vie des affections gastro-intestinales sont fréquentes, et de la plus haute gravité. Le plus souvent les malades ne sont pas instruits des accidents qu'ils ont présenté à cette époque; leurs parents n'en ayant pas gardé le souvenir ou n'ayant rien t. Et cependant ces premières atteintes d'une muqueuse

encore en voie de développement peuvent être parfois indélébiles. Vient l'enfance avec ses maladies infectieuses à déterminations gastriques et l'intervention d'une médication inopportune.... Sans compter les occasions de gastrite, que ne pourrait-on dire des singuliers régimes auxquels sont soumis un grand nombre d'enfants, même dans les familles riches ? Les gastropathies sont déjà d'une extrême fréquence chez les enfants de 5 à 6 ans ».

« Vient l'âge des études avec la déplorable hygiène scolaire. L'alimentation vicieuse et grossière, ou au contraire, dans certains milieux, trop abondante et trop azotée, la mastication insuffisante, le travail après ou peu après les repas, le corps plié en deux, de manière à faire appuyer le foie sur le pylore ou sur le duodenum, le séjour dans l'air confiné, le manque d'exercice, n'est-ce pas suffisant pour expliquer le développement des gastropathies ? Et cependant à cet âge, les affections stomacales sont en apparence rares ? L'enfant est souffreteux, il se développe mal, mais il ne se plaint pas. Vous lui trouverez cependant déjà un estomac dilaté et clapotant ».

« Nous arrivons à l'adolescence, où toutes les causes de gastropathie vont s'accroître. A cette époque, où le développement organique exigerait, pour s'accomplir convenablement, la meilleure hygiène générale et alimentaire, où l'appétit s'accroît en proportion des besoins de l'économie, on se met à la préparation des examens, on abrège le temps consacré aux récréations et aux repas, on exige un effort intellectuel qui vient gêner et interrompre le jeu des fonctions de la vie de nutrition. Dans certains milieux, ce sont les vices qui commencent

à produire leurs funestes effets : le tabagisme et l'alcoolisme entrent en scène ».

« Chez la jeune fille, il faut compter avec le corset qui entrave mécaniquement l'évacuation gastrique ».

« Remarquez en outre que ces diverses causes d'évacuation gastrique ou de gêne fonctionnelle interviennent souvent chez des individus prédisposés aux affections nerveuses, chez des débiles nerveux ou même des dégénérés; qu'à ces causes, s'ajoute un surmenage cérébral dont il faut tenir compte pour comprendre la forme sous laquelle va se présenter l'affection stomacale. C'est, en effet, souvent, au moment de l'adolescence ou à peu près que la gastrite arrive à s'extérioriser pour ainsi dire et que souvent aussi elle va se montrer d'emblée sous cette apparence nommée dyspeptique, neurasthénique. La forme clinique de la maladie, va donc dépendre non pas seulement de la lésion de l'estomac, mais de l'individu de ses prédispositions morbides, de son mode de réaction propre. Diverses causes, agissant sur l'estomac auront produit la gastropathie, le malade, lui, créera sa dyspepsie à sa façon, en lui imprimant son cachet individuel » (Hayem).

Ce qui précède et les considérations étiologiques exposées plus haut sur la dyspepsie gastrique s'appliquent également, pour la plupart, aux troubles de l'intestin et même des organes annexes; c'est pourquoi nous n'y insisterons pas.

Chez les enfants, jusque vers la quinzième année, les signes de la neurasthénie, d'après Charcot, se retrouvent rarement; et si l'on note quelques accidents nerveux, tels que la céphalée, le même auteur admet qu'ils s'éloignent

du syndrome de Beard ; c'est pour marquer cette dissemblance qu'il a créé l'expression de *céphalée des adolescents*.

S'il est vrai que le syndrome de la neurasthénie s'observe rarement chez les adolescents, ce fait paraît tenir à plusieurs causes ; d'une part, au développement encore imparfait des centres nerveux ; à cet âge, les grandes fonctions cérébrales, raisonnement, volonté, mémoire étant seulement en voie d'éclosion ; d'autre part, le surmenage psychique, si favorable au développement de l'état névropathique, est loin d'atteindre toute son intensité. D'ailleurs, il n'est pas douteux, que des causes secondaires, nombreuses doivent entrer en ligne pour affaiblir la résistance de l'organisme.

Ce n'est qu'à partir de la puberté que commence réellement le surmenage cérébral, lequel vient ajouter son action néfaste aux troubles résultant d'une digestion viciée.

Nous serons brefs encore sur les causes susceptibles d'agir spécialement sur le système nerveux, telles les causes psychomorales. Il ne faut pas oublier qu'elles conduisent à la neurasthénie dyspeptique par leur action directe sur les centres nerveux et aussi par l'aggravation qu'elles apportent à l'état gastrique ordinairement pré-existant.

Il y a donc, en somme action réciproque de la dyspepsie sur l'état névropathique et de celui-ci sur les troubles digestifs.

L'âge adulte est certainement, des trois périodes de l'existence le plus exposé aux causes de débilitation de surmenage nerveux, les passions dépressives, les émo-

tions vives et prolongées, la suractivité mentale, en un mot, sont le partage de cette époque de l'existence ; par là s'explique le large tribut payé par l'âge adulte, non seulement aux névroses, mais aux affections mentales, hypocondrie, phobies, et même à d'autres accidents psychiques.

Le surmenage psychique particulier à l'âge adulte entraîne la plus grande fréquence de la neurasthénie à cette période de la vie ; de même quand la dyspepsie est préexistante, la même exaltation des facultés psychiques s'ajoute à la viciation des actes digestifs pour créer la neurasthénie dyspeptique.

Complétons cet aperçu étiologique en insistant sur l'influence de certaines causes prédisposantes dans la genèse des accidents dyspeptiques et de l'état névropathique.

Influence de la condition sociale des individus. —

Les auteurs s'accordent généralement à reconnaître que les divers âges de la vie sont loin d'être frappés également par la neurasthénie. C'est ce que nous avons déjà montré précédemment en exposant que l'enfance, l'adolescence et la vieillesse ne paient qu'un faible tribut à cette névrose. En d'autres termes, cela revient à dire que l'âge adulte est le plus éprouvé. D'ailleurs, il paraît en être des psychopathies comme de la neurasthénie et c'est à la période moyenne de la vie qu'on observe leur plus grande fréquence.

L'allure chronique de la plupart des affections nerveuses laisse pressentir que la vieillesse n'en devrait pas être moins exempte que l'âge adulte ; il n'en est rien. Beaucoup de neurasthéniques guérissent et chez ceux où la

maladie continue d'évoluer, une affection intercurrente vient souvent modifier l'état névropathique si bien que les signes de la névrose s'effacent devant les symptômes de la maladie surajoutée.

Nul ne conteste aujourd'hui que la neurasthénie qu'elle soit primitive ou développée sur un terrain dyspeptique, frappe d'une manière toute spéciale, certaines classes d'individus, celles que l'on appelle ordinairement les classes aisées. Les causes de cette prédisposition spéciale des classes aisées ont été en partie indiquées, il n'est pas inutile de les reproduire ici.

Il est tout d'abord une croyance propagée par Beard, à la suite de la constitution du syndrome de la neurasthénie et dont l'erreur a été depuis longtemps reconnue. On sait que cet auteur regardait la neurasthénie comme une maladie moderne créée par le surmenage intellectuel et moral, inhérent à la civilisation et à la vie sociale de notre époque. Contrairement à cette opinion, on admet d'un commun accord qu'elle a existé de tout temps, que les médecins des siècles passés, Galien, Stoll, Sydenham et l'ont observée, bien qu'ils n'aient pas su la dégager des autres états névropathiques avec lesquels elle est restée si longtemps confondue. Mais il n'en est pas moins vrai que la neurasthénie est à l'époque actuelle une maladie extrêmement commune et que sa fréquence tend à s'accroître.

Ne l'a-t-on pas définie la « maladie du siècle » cette appellation laissant entendre qu'elle n'est pas une espèce morbide d'apparition récente, mais seulement qu'elle semble avoir pris de notre temps un développement

qu'elle n'avait peut-être jamais atteint jusqu'alors. Sans nous arrêter à discuter l'idée que les progrès de la neurasthénie seraient peut-être dus à une sorte de dégénérescence globale des générations actuelles, il nous faut rappeler la croyance d'après laquelle cette fréquence serait en proportion du degré de civilisation des peuples, lequel a pour conséquence une intensité proportionnelle de la lutte pour l'existence.

Des recherches sur la répartition ethnographique de la neurasthénie, il semble résulter que celle-ci est très répandue en France, en Allemagne, en Russie, c'est-à-dire chez les peuples qui sont au premier rang de la civilisation. En Amérique, elle y est particulièrement commune si bien que Beard, lorsqu'il la décrivit, crut avoir découvert une entité morbide spéciale, ce qu'il appelle « mal américain ».

Comme on le sait, la neurasthénie est également répandue chez tous les peuples civilisés où la lutte pour l'existence entretient une exaltation incessante et exagérée des fonctions du système nerveux. De là son extrême fréquence chez les américains du Nord dont l'extraordinaire activité est bien connue et chez les peuples d'Europe qui marchent à la tête de la civilisation. Si dans le cours et à la fin de ce siècle, elle est devenue particulièrement commune, c'est que les conditions de la vie sociale ont été brusquement modifiées dans l'ordre économique, comme dans l'ordre politique.

Mais si la civilisation a pour conséquence nécessaire chez les peuples un surmenage psychique et intellectuel plus intense, ne s'ensuit-il pas pour l'estomac une mul-

tiplication de ses désordres fonctionnels en présence de cet accroissement des conditions de déchéance des individus, en d'autres termes, le surmenage des fonctions digestives ne va-t-il pas de pair avec le surmenage moral ? On ne saurait répondre que par l'affirmative. On sait que l'alcoolisme, le tabagisme et d'autres intoxications éminemment nuisibles à la régularité de la digestion, sont en progression avec la civilisation. Aussi bien, il est fort probable que la plus grande fréquence des neurasthéniques dans les pays civilisés a, au moins dans une certaine proportion, pour cause première, l'accroissement du nombre des dyspeptiques.

Les classes pauvres semblent moins frappées par la neurasthénie, même lorsqu'elle est précédée de dyspepsie, que les classes bourgeoises. Pourtant l'alcoolisme, les écarts de régime et toutes les autres causes de troubles digestifs n'y sont pas moins fréquents. Selon toute vraisemblance, l'explication de cette apparente contradiction doit être recherchée dans les causes de dépression du système nerveux. Ce qui, d'ordinaire, porte atteinte aux grandes fonctions du système nerveux, ce sont les émotions fortes et prolongées, les angoisses, les grands chagrins. Or le commerce, la vie des affaires, les spéculations financières, causes habituelles de ces divers états psychiques, sont le partage des classes aisées. L'ouvrier, le modeste travailleur exempt de ce surmenage est par cela même soustrait aux funestes conséquences des espérances déçues, des revers de fortune.

L'influence de l'âge, comme nous l'avons montré, n'est point à négliger, il en est de même de celle du sexe.

L'homme adulte paie un plus large tribut aux accidents névropathiques par cela même, qu'il a la charge des affaires de sa famille; il est dans la maison, le plus exposé aux causes de surmenage. Quelques chiffres peuvent mieux qu'une longue dissertation, démontrer la véracité de nos affirmations. Ainsi, dans une statistique de Von Hössling, sur 828 neurasthéniques, 604 appartiennent au sexe masculin et 224 seulement au sexe féminin. Ainsi apparaît nettement l'influence prépondérante du travail opiniâtre, des soucis, des excès de toutes sortes, conséquences du rôle plus actif et plus militant de l'homme dans la lutte pour l'existence. Nous avons encore à tirer un enseignement utile de la répartition des cas suivant les professions. Les statistiques qui ont été dressées à ce point de vue mettent bien en évidence et la condition sociale des individus et l'influence prédominante du surmenage cérébral dans le développement de la neurasthénie. Sur un total de 598 malades, on trouve :

Commerçants et industriels.	198
Employés	130
Professeurs.	68
Etudiants	56
Officiers	38
Artistes	33
Médecins	17
Agriculteurs	17
Ecclésiastiques	10
Ouvriers	6

Ces chiffres établissent le rôle prépondérant du surme-

nage cérébral ; nous croyons qu'ils conservent également toute leur valeur au point de vue du surmenage digestif, des excès alimentaires. Ils montrent, d'une part, la rareté de l'affection chez les ouvriers obligés de s'en tenir, pour leur alimentation au strict nécessaire ; d'autre part, la limitation presque exclusive des désordres nerveux, qu'ils relèvent ou non de la dyspepsie, aux classes aisées, au monde des affaires, des carrières libérales, en un mot à ceux à qui l'aisance permet de fréquents écarts de régime.

La symptomatologie de la neurasthénie dyspeptique est des plus variables ; elle diffère pour ainsi dire avec chaque individu. Cependant il existe quelques symptômes dominants qui permettent assez souvent de soupçonner à première vue l'affection dont ils souffrent. C'est ainsi que ces malades insistent avec un soin tout particulier et avec un véritable luxe de détails sur les mille petits faits particuliers de leur vie journalière. C'étaient les « malades aux petits papiers » de M. Charcot. Un autre caractère dominant de leur état pathologique, c'est l'asthénie neuro-musculaire (Hayem). « Du reste, c'est là un des symptômes les plus communs de la neurasthénie. Chez la neurasthénie dyspeptique cette incapacité à accomplir les actes les plus simples atteint un degré plus élevé que dans les cas ordinaires. La réserve de force est tellement insuffisante qu'elle s'épuise au moindre effort. Il faut noter encore une tendance invincible au sommeil qui survient surtout après le repas. La céphalée, l'insomnie, le vertige complètent le tableau clinique des accidents nerveux. Des désordres psychiques s'associent souvent

aux symptômes que nous venons d'examiner. La dépression cérébrale, l'affaiblissement de la volonté, le découragement, pessimisme, sont encore des signes qui s'observent assez fréquemment.

Du côté de l'appareil digestif, les troubles ne méritent pas moins d'attention de la part du malade et du médecin. « C'est un homme de quarante-cinq ans, qui souffre de mauvaises digestions depuis plusieurs années. Il attribue sa maladie à un travail exagéré, à l'irrégularité dans ses repas, peut-être aussi à une alimentation excessive ». Soumis à un traitement mal dirigé, l'amaigrissement survient, puis des crampes d'estomac. Les forces diminuent progressivement, l'amaigrissement fait des progrès ; le caractère devient impressionnable, irascible. Soumis enfin à un régime approprié, la gastrite chronique ayant été reconnue, la guérison survient. En pareil cas, le cathétérisme de l'estomac fournit une petite quantité de liquide qui présente les caractères de l'hypopepsie.

Dans les formes légères ou moyennes, l'embonpoint persiste, mais au palper les tissus sont mous, flasques, pâles. On peut signaler encore parmi les petits signes de la mauvaise digestion, les malaises après les repas, succédant à un court instant de bien-être général, immédiatement après que le malade a bu et mangé. Outre une sensation de pesanteur à l'épigastre, les joues sont chaudes, le visage congestionné. Les auteurs distinguent habituellement une forme légère et une forme grave.

Chez les jeunes filles, dans les cas de chloroanémie avec dyspepsie, quand le surmenage se prolonge, on voit souvent aussi apparaître des signes de neurasthénie.

Evolution. — Sur l'évolution de la maladie, il est difficile de formuler une règle générale capable de l'appliquer à la majorité des cas. Dans les formes légères et de moyenne intensité, à la suite d'un traitement bien dirigé l'état de santé s'améliore et la guérison peut survenir. Dans les formes graves quand le processus de la gastrite continue ses progrès, que l'appareil glandulaire s'atrophie et que se produit la transformation muqueuse la situation est grave et la nutrition est au-dessous du taux normal, la santé est fortement compromise.

Pathogénie. — A quelles manifestations anatomiques ou chimiques des centres nerveux correspondent les troubles psychiques, digestifs, circulatoires qui constituent le syndrome de la neurasthénie? Nous l'ignorons complètement. Erb suppose un trouble intime de la nutrition des éléments nerveux; Beard, un défaut d'équilibre entre leur usure et leur réparation; M. Féré, une modification de leur vibrilité. Par quel mécanisme les causes indiquées plus haut viennent-elles provoquer le développement de cet état morbide? Sur ce point encore aucune donnée précise, mais seulement des hypothèses, des théories.

Le problème est certainement fort complexe. Il est probable que les neuromes ont à subir en même temps ou successivement les effets de la congestion, de l'anémie, d'une irrigation viciée par dyscrasie sanguine ou par adjonction au liquide sanguin de substances toxiques à action irritative ou paralysante. Ces principes, au contact du protoplasma cellulaire, des éléments chromatophiles et des fibrilles nerveuses, en modifient certainement la vitalité par des mécanismes inconnus, mais de telle sorte

que l'influx nerveux en reçoit le contre-coup. Aussi bien, malgré les réels progrès dans la technique de l'histologie fine de la cellule nerveuse, on ne possède encore aucune donnée certaine sur les modifications cellulaires qui, certainement doivent correspondre aux divers états de névrose.

De tout temps, on s'est efforcé de subordonner la névropathie, le nervosisme général à certain désordre fonctionnel du tube digestif ou de ses annexes ou bien à quelque lésion des viscères abdominaux. On connaît les théories de MM. Hayem et Bouchard. En résumé qu'il s'agisse de l'appareil digestif ou de lésions des organes génito-urinaires, d'une maladie infectieuse, de chagrins, de surmenage, quelle que soit en un mot, la cause déterminante, il semble bien en raison même de la très grande diversité des causes qu'une certaine manière d'être et de réagir des centres nerveux, héréditaire ou congénitale, soit la condition nécessaire et supérieure du développement de la neurasthénie.

Traitement. — Quelques indications générales sur la thérapeutique mise en usage. Il y a tout d'abord les règles d'hygiène prophylactique. L'action bienfaisante qu'exerce sur le moral des neurasthéniques la mise en œuvre des différents moyens hygiéniques est incontestable.

D'autre part, l'influence morale que peut exercer le médecin sur le malade est un élément capital dans le traitement de la neurasthénie dyspeptique.

Les indications thérapeutiques se rapportent à l'alimentation, à l'hydrothérapie, la climatothérapie enfin aux exercices physiques.

L'emploi de chacun de ces moyens de cure comporte tant d'indications individuelles relatives à l'âge, la profession, la phase de la maladie, etc., qu'y insister même brièvement nous entraînerait trop loin.

CONCLUSIONS

La dyspepsie est une sorte de syndrome protéiforme ; son histoire est tout entière liée à celle des doctrines médicales ; elle en a subi toutes les vicissitudes.

Les progrès de la physiologie et de l'histologie normale et pathologique en ont récemment éclairé quelque peu la pathogénie, laquelle est restée fort longtemps du domaine de l'hypothèse ; les notions nouvelles acquises en bactériologie sont venues de même préciser le rôle parfois important des germes dans la digestion et l'infection de l'organisme. On peut dire, il est vrai, que de telles données n'ont fait que fortifier les principes de quelques anciennes doctrines : celles de Broussais, de Beau, d'après lesquelles les désordres digestifs, avec ou sans lésions, ne font que préparer le terrain à la plupart des maladies. Si l'on considère en effet, l'importance de l'intégrité de la muqueuse gastro-intestinale pour la défense de l'organisme, il est permis d'appliquer à la dyspepsie ce que l'on a dit de l'état névropathique, qu'elle est « la terre commune ou germent, suivant les circonstances, les diverses maladies organiques et infectieuses ». Quoiqu'il en soit, il reste encore bien des points obscurs.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on ne saurait

assigner à la dyspepsie des limites bien définies. L'on peut dire qu'elle reste encore un champ ouvert aux recherches futures. La classification des formes est loin d'être satisfaisante, et reste pour cela un objet de controverse. Dans de telles conditions, il est évident que toute définition n'est qu'une formule d'attente.

Nous dirons qu'il y a dyspepsie, toutes les fois que l'acte digestif est troublé. C'est là, comme on le voit, élargir singulièrement le cadre du syndrome ; c'est rassembler dans le même terme, non seulement les troubles sécrétoires les troubles du chimisme, mais aussi les troubles moteurs, vasculaires etc, De même, quoique la dyspepsie répond presque toujours à des troubles gastriques, on ne saurait en distraire les désordres liés à des perturbations fonctionnelles de l'intestin, du foie, du pancréas. Quand l'on connaîtra mieux la pathologie de l'appareil digestif, l'on saura faire les parts des divers organes de la digestion dans les accidents proches ou éloignés qui constituent la dyspepsie. Bien rarement la dyspepsie reste simple, c'est-à-dire composée uniquement de troubles des fonctions gastro-intestinales. Et l'on sait, du reste que pas un syndrome ne retentit autant sur les autres fonctions de l'économie que celui qui résulte d'une digestion défectueuse. Pour s'en faire une idée approximative, il suffit d'évoquer les symptômes si variés qui accompagnent une simple indigestion. Des troubles cardiaques, pulmonaires, cutanés se mêlent presque toujours aux signes d'une élaboration vicieuse des aliments.

Mais, les accidents névropathiques occupent une place prépondérante dans l'ensemble des complications à dis-

tance. Connus dès la plus haute antiquité, ils constituaient le syndrome que l'on a désigné du terme vague de « névrosisme » et ils ont reçu, du reste, bien d'autres dénominations.

Le plus souvent, ils représentent les signes de l'épuisement nerveux ou de la neurasthénie, qui en est la forme la plus commune. Trois théories principales ont été imaginées pour expliquer les rapports de la névropathie et de la dyspepsie lorsque les deux affections évoluent simultanément : 1° La théorie névropathique d'après laquelle l'état névropathique est la maladie primordiale à laquelle sont subordonnés les désordres digestifs. 2° La théorie humorale, qui regarde la dyspepsie comme l'affection causale. Les troubles de nutrition qu'elle entraîne, provoqueront le développement de l'état névropathique. 3° Une autre théorie, la théorie mécanique invoque l'entéroptose comme un état morbide susceptible de créer à la fois la dyspepsie et la névropathie. Quoi qu'il en soit, le syndrome mixte formé de l'association de la dyspepsie et de la neurasténie est très fréquent. Quant à ses causes elle sont des plus variées et la plupart se rattachent aux usages de la vie moderne, c'est-à-dire au surmenage intense qu'entraîne pour l'appareil digestif et le cerveau la lutte pour l'existence. Les neurologistes avec Charcot croient que l'épuisement nerveux conséquence de cette lutte provoque secondairement les troubles de la digestion. Au contraire, les partisans de la subordination des accidents nerveux, à la dyspepsie en s'appuyant sur les données du cathétrisme de l'estomac et de l'histologie pathologique accordent aux désordres digestifs, le rôle de cause

efficiente à l'égard de l'épuisement nerveux. Dans la plupart des cas, la dyspepsie n'est que l'expression clinique d'une gastrite préexistante, antérieure aux phénomènes nerveux. Si ces derniers sont secondaires, il est permis d'en conclure qu'un certain nombre de sujets regardés comme de vrais névropathes, sont avant tout des dyspeptiques.

En réalité, si l'on s'en rapporte aux données fournies par l'exploration de l'estomac et l'analyse du suc gastrique, la viciation des actes digestifs est primordiale et l'état névropathique procède tout d'abord des désordres digestifs. D'ailleurs la dyspepsie elle-même n'est le plus souvent que l'expression d'une altération de la paroi musculo-muqueuse, altération qui a débuté dès le jeune âge et dont l'évolution a pu rester latente pendant une longue période.

Dire qu'elle précède l'éclosion des phénomènes névropathiques n'implique nullement qu'elle en est la seule cause ; en réalité un grand nombre de conditions auxiliaires accessoires jouent le rôle de causes prédisposantes ou occasionnelles et ajoutent ainsi leur action morbide à celle de la dyspepsie.

Ainsi, l'association des deux syndromes dyspepsie et neurasthénie, en d'autres termes la neurasthénie dyspeptique a une pathogénie fort complexe. Elle procède à la fois de désordres digestifs dont le point de départ peut être dans l'estomac, le foie, l'intestin, des troubles de nutrition qui en résultent, de la résorption de principes dus à une élaboration vicieuse, mais aussi, d'action réflexe du

mode de réaction propre des centres nerveux, de l'hérédité, en un mot d'une foule de conditions inhérentes à l'individu et qui échappent par cela même à toute description générale.

Vu :

le Président de la thèse

RAYMOND

Vu :

le Doyen

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- BEAU. — Traité de la dyspepsie, 1866.
- BROUSSAIS. — Pathologie médicale, 1804-28.
- BINSWANGER. — Handbuch der Neurasthenie, 1897.
- BOIX. — Thèse de Paris, 1894.
- BORGHERINI. — Wiener medic. Woch., 1894.
- BOUCHARD. — Leçons sur les auto-intoxications, 1887.
- Bull. soc. méd. Hôpitaux, 1884.
- BOUVÉRET. — La neurasthénie, 1891.
- Malad. de l'estomac, 1893.
- BOISSIER. — Thèse doctorat. Paris, 1894.
- CHARCOT. — Leçons du mardi, 1887.
- CHOMEL. — Traité des dyspepsies, 1857.
- DEBOVE-RÉMOND. — Maladies de l'estomac, 1894.
- EWALD. — Berliner Klinische Wochens., 1884-85.
- DE FLEURY. — Pathol. de l'épuis. nerveux. Rev. Médecine.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Etats neurasthénitormes. Sem. méd., 1898.
- HAYEM ET VINTER. — Chimisme médical, 1890.
- HAYEM. — Trait. méd. Broward-Gilbert, 1898.
- Cours de thérapeutique, 1892.
- Bull. méd., 1894 et suiv.
- LASÈGUE. — Etudes médicales, Paris.
- LEUBE. — Berliner Klinische Wochensch., 1876-84-85.

LEVEN. — Maladies Est., 1879.

LEVILLAIN. — Ess. Neurol. clinique, 1896.

— La neurasthénie.

MATHIEU. — La neurasthénie. Bibl. Ch. Debove, Paris.

RAYMOND. — Clinique Malad. sys. nerv., 1894-95-96.

G. SÉE. — Dyspepsies gastr. intest., Paris, 1884.

SOUPAULT. — Dyspepsies nerveuses. Th. Paris, 1893.

